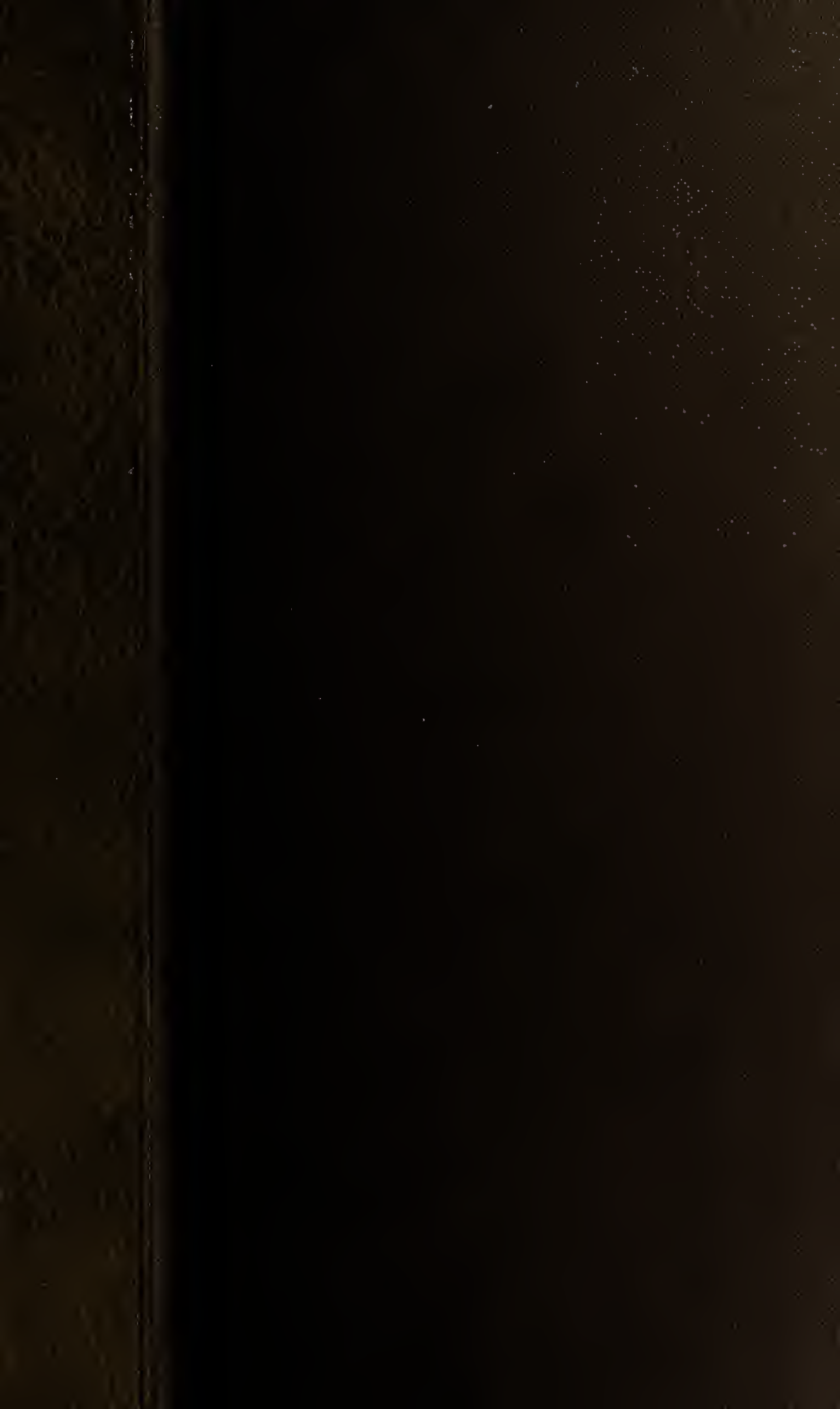


MÉMOIRE

SUR

LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS

LA RÉGION LOMBAIRE SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

[illegible] OCTOBRE 1839

PAR

J.-Z. AMUSSAT.



PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

[illegible]

[illegible]

[illegible]

MÉMOIRE

SUR

LA POSSIBILITÉ D'ETABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS

LA RÉGION LOMBAIRE

SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

LITHOTRIPSIE ET CYSTOTOMIE HYPOGASTRIQUE ou mieux postéro-pubienne ; 1832.

CONCRÉTIONS URINAIRES DE L'ESPÈCE HUMAINE, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme ; 1832.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION DE VAGIN ARTIFICIEL, pratiquée avec succès par un nouveau procédé, etc, ; 1835.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL, pratiquée avec succès par un nouveau procédé, etc. ; 1835.

DU SPASME DE L'URÈTRE ET DES OBSTACLES VÉRITABLES QU'ON PEUT RENCONTRER EN INTRODUISANT DES INSTRUMENS DANS LE CANAL ; 1836.

RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS, suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum ; 1838.

RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES ; 1839.

LEÇONS DU DOCTEUR AMUSSAT SUR LES RÉTENTIONS D'URINE, etc., publiées sous ses yeux, par A. Petit (de l'île de Ré); 1832.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA TORSION DES ARTÈRES, et autres moyens hémostatiques, etc.; par A. Petit (de l'île de Ré); 1831.

DE LA TORSION DES ARTÈRES, dissertation inaugurale, soutenue à l'Université de Berlin, par Schrader (de Brunswick); traduite par A. Petit (de l'île de Ré); 1831.

Imprimerie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

MÉMOIRE

SUR

LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS

LA RÉGION LOMBAIRE
SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, LE 1er OCTOBRE 1839.

PAR

J.-Z. AMUSSAT.



PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17 BIS,

LONDRES,
H. Baillière, 219, Regent street,
LEIPZIG,
Brockhaus et Avenarius, Michelsen.

LYON,
Savy, 49, quai des Célestins.
FLORENCE,
Ricordi et Cie, libraires,

MONTPELLIER, Castel, Sevalle.

1839

INTRODUCTION.

L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine est assez ancienne; mais elle avait paru inexécutable jusqu'à présent, comme je vais le prouver par quelques citations.

Callisen dit dans son ouvrage (*Systema chirurgiæ*, etc., édition de 1800, page 688) :

« L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été
» proposée dans cet état de choses (imperforation du rectum
» chez les enfans), au moyen d'une section pratiquée dans la
» région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des
» lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance
» tout-à-fait incertaine, et la vie du petit malade pourra à peine
» être sauvée. Toutefois, l'intestin peut être atteint plus facile-
» ment dans ce lieu qu'au-dessus de la région inguinale. »

Sabatier, dans son ouvrage de médecine opératoire, 2e édition, 1810, tom 3, page 337, dit :

« Au lieu de faire une ouverture au ventre, au-dessus de
» l'aîne, M. Callisen, chirurgien qui jouit d'une réputation dis-
» tinguée à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie
» gauche du colon dans son trajet le long de la région lom-
» baire, où il suppose qu'elle est, en quelque sorte, au-dehors
» de la cavité du péritoine... M. Callisen a essayé cette opéra-
» tion sur un enfant mort, qui avait le rectum imperforé sans
» apparence d'anus. Il n'avait pas assez bien pris ses dimen-
» sions, de sorte qu'il ouvrit le péritoine, et pénétra dans le
» ventre. Ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il

» parvint au colon, comme il se l'était proposé. Cependant, il » ne dissimule pas que ses doigts, qu'il avait introduits dans » la première incision, et dont il se servit pour assujétir cet in- » testin, lui furent très utiles. La plaie, faite dans le lieu qu'il » désigne, ne lui paraît pas devoir être de grande importance, » vu le petit nombre de vaisseaux sanguins qui s'y rencon- » trent.

» Ce procédé est louable, puisqu'il a pour but, ainsi que » celui de Littre, de conserver des enfans qui semblent dévoués » à une mort certaine ; mais les difficultés que son exécution » présente ne sont pas compensées par le faible avantage qui » pourrait en résulter. D'ailleurs, rien n'est moins sûr que la » position que M. Callisen attribue au colon dans les enfans du » premier âge. Il semble, au contraire, que cet intestin est re- » tenu par un lien membraneux et lâche, qui est de la même » nature que le méso-colon et qui le rend, en quelque manière, » flottant dans le ventre. Il vaudrait donc mieux s'en tenir à » l'opération de Littre, qui paraît plus facile à pratiquer, et qui » a eu, entre les mains de M. Duret, un succès dont il n'est » pas possible de douter. »

Sabatier n'indique pas où il a puisé les renseignemens précieux qu'il donne relativement à l'essai que Callisen fit de son procédé sur un cadavre d'enfant.

Duret, en racontant l'opération heureuse qu'il a pratiquée par la méthode de Littre sur un enfant imperforé, dit, p. 47, t. IV, *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris :*

« Pour donner plus de confiance en ce moyen extraordi- » naire, j'exécutai l'opération de l'anus artificiel sur le cada- » vre d'un enfant d'environ quinze jours, que je pris à l'hôpital » des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la » dernière des fausses côtes, du côté gauche, et la crête de l'os

» des îles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue ; elle » découvrait la gibbosité du rein et une petite région de la » partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte; ensuite » on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de » l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le » ventre; il fut reconnu, par l'ouverture de l'abdomen, que » dans le fœtus les parties latérales du colon ne sont pas hors » du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un *méso-colon* » qui les rend libres et flottantes. Cette circonstance fit reje- » ter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût » donné lieu à un épanchement de méconium dans le ventre. »

MARTIN le jeune, dans un rapport qu'il fit à la Société de médecine de Lyon, sur une observation de Dumas, dit p. 189 du *Recueil des actes* de cette Société :

« Le motif allégué par Callisen, pour faire l'incision à la por- » tion lombaire du colon dans l'endroit où cet intestin est hors » de la cavité du péritoine, nous paraît tout-à-fait illusoire, et » nous *défions* l'anatomiste le plus exercé de pouvoir l'attein- » dre dans le très petit espace, où, fixé par le méso-colon, il » ne répond point à la cavité du péritoine. D'ailleurs, l'épais- » seur des tégumens, l'abondance du tissu cellulaire graisseux, » le voisinage des reins, et surtout l'incommodité très grande » d'un anus artificiel placé dans cet endroit, sont autant de » raisons qui militent contre ce procédé. »

DUPUYTREN, dans l'article ANUS ANORMAL, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome III, page 117, dit :

« Callisen proposa de pénétrer jusqu'au colon descendant à » travers une incision pratiquée en arrière, entre l'épine ilia- » que et le rebord des dernières côtes, parallèlement au bord » externe du muscle carré des lombes.

» Il espérait attaquer ainsi le gros intestin entre les deux la-

» mes de son mésentère, sans toucher au péritoine, et éviter » ainsi les épanchemens de matières stercorales dans le ventre. Mais sa position paraît trop incertaine, et son repli péritonéal *a trop peu d'épaisseur*, pour qu'on puisse aisément pénétrer entre les deux feuillets qui le composent, sans ouvrir » la cavité de l'abdomen.

» Callisen lui-même, en essayant l'opération sur le cadavre, » ne put éviter cet écueil. Aussi, sa proposition est-elle restée » sans approbateurs et sans être mise en pratique. »

Enfin, on trouve dans l'ouvrage de médecine opératoire de M. Velpeau, tome 4, page 751, le passage suivant :

« Le procédé de Callisen ne mérite point d'être tiré de l'oubli où les modernes l'ont laissé. Incomparablement plus difficile et non moins dangereux, il serait plus incommode encore que celui de Littre. »

Je pourrais faire un bien plus grand nombre de citations; mais, pour abréger, je me contenterai de dire que tous les auteurs de chirurgie rejettent le procédé de Callisen, et donnent la préférence à celui de Littre.

L'idée d'ouvrir le gros intestin dans la région lombaire n'est pas nouvelle, sans le moindre doute; mais les essais infructueux tentés sur le cadavre par Callisen et par Duret, et les notions inexactes sur l'anatomie chirurgicale du colon lombaire, avaient fait rejeter complètement cette belle idée, et personne n'avait encore osé la mettre à exécution sur le vivant.

Dans plusieurs ouvrages de chirurgie, on dit cependant que M. Roux a appliqué le procédé de Callisen sur un enfant imperforé : mais ce chirurgien m'a assuré dernièrement, à plusieurs reprises, que c'est le procédé de Littre et non celui de Callisen qu'il a mis en pratique sur un enfant qui est mort quelques heures après.

MM. Roche et Sanson (*Nouveaux Élémens de Pathologie Médico-Chirurgicale*, 3e édition, tome v, page 440) disent à l'occasion du procédé de Callisen :

« Il paraît que ce procédé a été exécuté avec succès. On nous » a désigné un jeune homme qui porte, dit-on, à la région lom- » baire, un anus qu'on lui a pratiqué au moment de sa nais- » sance. Mais nous n'avons pu avoir aucun détail sur l'opéra- » tion, ni obtenu la permission d'examiner l'état des parties. »

Comme on le voit, rien ne prouve que dans ce cas, le colon ait été ouvert sans intéresser le péritoine. Et je pense avoir établi que l'idée d'ouvrir cet intestin, sans pénétrer dans la cavité de la membrane séreuse, avait été rejetée, abandonnée, et n'avait point encore été exécutée sur le vivant. Cette opération était frappée de réprobation, et personne, surtout parmi les modernes, n'avait dit un mot en sa faveur.

Allan, seul, n'a pas désespéré du procédé de Callisen; il termine un rapport qu'il fit à la société de Médecine de Paris par le passage suivant :

« *Quoi qu'il en soit, nous pensons que le procédé de Callisen* » *mérite d'être médité, et que si on parvient à le rendre sûr et* » *facile, les suites en seront infiniment moins désagréables et* » *moins incommodes pour ceux qu'il aura rendus à la vie.* »

Je crois avoir rempli le vœu d'Allan.

Des études positives d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à cette opération, comme elles m'ont conduit à la lithotripsie.

A l'époque où je donnais des soins à notre célèbre Broussais, pour une obstruction cancéreuse du rectum, j'étais vivement préoccupé de son état, et je me préparais à toutes les éventualités de la situation grave dans laquelle il se trouvait. Après avoir médité sur les ressources de la chirurgie en pareille occurrence, je fis, sur le cadavre, des essais comparatifs des

divers procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel, et bientôt j'arrivai à découvrir qu'on avait eu complétement tort d'abandonner l'idée d'ouvrir le colon lombaire, sans intéresser le péritoine, comme on peut le voir dans la relation que j'ai donnée de la maladie de Broussais (1).

Longtemps, j'ai hésité à remettre en honneur une idée si formellement blâmée; mais enfin j'ai publié mon opinion dans la *Gazette Médicale* du 5 janvier 1839, tome VII, page 7.

Deux fois déjà, j'ai exécuté cette opération avec succès; j'espère qu'elle sera adoptée par les chirurgiens, et que bientôt elle entrera dans le domaine chirurgical.

Ce Mémoire est divisé en TROIS PARTIES bien distinctes :

La PREMIÈRE est consacrée à des études d'anatomie chirurgicale et à mes faits particuliers ;

La SECONDE renferme tous les documens qui se rattachent directement à mon sujet ;

Et la TROISIÈME contient les réflexions qui m'ont été suggérées par les documens,

(1) Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

1re PARTIE.

ÉTUDES D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET FAITS PARTICULIERS.

Cette première partie est divisée en quatre chapitres :

Le 1er est relatif à l'anatomie chirurgicale de la région lombaire et du colon correspondant.

Le 2me est consacré aux essais comparatifs des divers procédés pour établir un anus artificiel à l'abdomen.

Le 3me renferme les indications de l'opération.

Et le 4me est réservé à mes faits particuliers.

CHAPITRE 1er.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

Les études chirurgicales relatives à l'importante opération qui fait le sujet de ce mémoire méritent une attention particulière.

La région du flanc a été peu étudiée sous le rapport chirurgical, disons même qu'elle a été mal étudiée; jusqu'à présent, on a négligé cette région. Désormais, j'espère, elle offrira beaucoup d'intérêt, et elle sera par conséquent scrutée avec plus de soin, puisqu'on l'observera en vue d'une opération majeure, et, comme on le sait, c'est une tout autre chose de faire l'anatomie chirurgicale sans but, ou avec un but réel.

L'anatomie chirurgicale qui m'a conduit au procédé que j'emploie n'est pas cette anatomie chirurgicale sèche et aride, qui consiste à décrire minutieusement tous les objets qui se

trouvent dans une région ; c'est plutôt l'anatomie opératoire, c'est-à-dire l'anatomie relative à une opération, et enfin l'anatomie après l'opération, pour juger si on a bien fait et si on ne pourrait pas mieux faire. Déjà, dans ma thèse pour le doctorat, j'avais indiqué cette manière de voir, relativement à l'anatomie chirurgicale ; c'est la seule, je crois, qui puisse servir aux progrès de la chirurgie.

La région lombaire comprend deux parties bien distinctes, la paroi abdominale et l'intestin colon avec le péritoine qui l'accole à cette paroi et en forme une des parties constituantes.

Le flanc, en arrière, est un espace quadrilatère circonscrit en haut par la dernière fausse côte, en bas par la crête de l'os des îles, en arrière par le bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et en avant par une ligne perpendiculaire, tombant sur le milieu de la crête de l'os des îles. Cet espace, ainsi limité, constitue la région dans laquelle on doit opérer pour aller à la recherche du colon lombaire. Il importe donc d'étudier d'abord, couche par couche, tous les tissus qui forment la paroi de l'abdomen dans ce point.

Les objets nécessaires pour faire les recherches d'anatomie chirurgicale sont les suivans :

Des scalpels, des ciseaux, des pinces à disséquer, un tube à insuffler, une aiguille courbe, du fil, un pied-mesure, une grande sonde élastique et une seringue ordinaire.

Les différens plans qui forment la paroi de l'abdomen dans cette région sont parfaitement décrits dans les traités d'anatomie et d'anatomie chirurgicale surtout. La peau, le tissu cellulaire, la graisse, le muscle grand dorsal, le grand oblique, le petit oblique, le transverse, des aponévroses, le carré lombaire, des vaisseaux et des nerfs constituent la paroi

du flanc en arrière, et comme nous le verrons bientôt, on peut dire que l'intestin lombaire et le péritoine en forment la dernière couche. Je ne m'arrêterai pas à décrire les objets bien connus qui composent essentiellement la paroi du flanc.

J'arrive de suite au fait important, c'est la disposition du colon lombaire, ses rapports avec le péritoine et avec la paroi abdominale correspondante qu'il nous importe d'étudier; c'est là le point capital, il mérite une attention toute particulière. Après avoir détaché, couche par couche, tous les tissus qui recouvrent le colon lombaire, on voit, en examinant avec soin, que l'intestin est dépourvu de péritoine dans le tiers postérieur au moins, comme *la face antérieure de la vessie*; le tissu cellulaire qui forme la lame externe de la membrane séreuse l'enveloppe et lui forme une gaîne dans cet endroit. Cette disposition donne un caractère tout particulier aux colons lombaires et les fait différer complètement des autres intestins. Ainsi attachés aux parois de l'abdomen, ils concourent à former cette paroi, et on peut pénétrer dans leur cavité, sans ouvrir le péritoine.

La lame celluleuse qui recouvre les colons lombaires dans ce point est forte et composée de plusieurs feuillets.

Considéré sous le point de vue des rapports, on trouve que l'intestin est d'abord placé au devant du rein, dont il n'est séparé que par de la graisse, au milieu, avec le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse à laquelle il adhère par le tissu cellulaire qui forme la lame externe du péritoine (l'intestin n'est séparé du carré lombaire que par cette aponévrose et le tissu cellulaire graisseux). En bas, il est en rapport avec la crête de l'os des iles. En avant, le colon lisse et péritonéal est en contact avec les intestins grêles qui le

recouvrent en flottant devant lui. En dehors, le colon est encore en rapport avec les intestins grêles et plus ou moins distant de la colonne vertébrale et de l'aorte, suivant qu'il est contracté ou distendu; le repli péritonéal, qui part du côté interne de l'intestin, forme un angle plus ou moins saillant; en dehors le colon lombaire est aussi en rapport avec les intestins grêles; le repli péritonéal a les mêmes dispositions qu'en dedans. Son extrémité supérieure qui se trouve à l'angle de réunion avec le colon transverse est plus ou moins élevée, à cause de la variabilité de cet intestin; elle est ordinairement en rapport avec la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac. Son extrémité inférieure n'a pas de démarcation précise; la crête de l'os des iles lui sert de limite; du reste, elle n'offre aucun rapport important.

La couleur de l'intestin colon lombaire a quelquefois un caractère tout particulier qu'il est fort utile de noter; en général, c'est une couleur verdâtre plus ou moins prononcée qui se dessine longitudinalement, tandis que celle des intestins grêles est d'un jaune ondulé; il suffit d'observer une fois ces caractères différens pour les retenir, ce qui est fort important pour l'opération. Pour apprécier cette différence de couleur, il faut découvrir une certaine étendue du péritoine qui enveloppe les anses de l'intestin grêle, voisines du colon, et enlever le tissu cellulaire qui le recouvre. Cette couleur doit être attribuée à l'épaisseur des parois du gros intestin et aux matières qu'il contient quelquefois.

Pour mieux juger encore, on peut faire une petite ouverture au péritoine à un pouce du colon, afin de passer le doigt dans la cavité de l'abdomen, et de constater tout ce qui n'a pu être que préjugé.

Après avoir fait l'anatomie chirurgicale de la région lombaire

gauche, on doit faire aussi celle du côté opposé, afin de bien constater les rapports du colon lombaire droit avec le péritoine, pour s'assurer qu'il serait possible d'établir un anus artificiel, même dans cette région, si le gros intestin était malade dans la région opposée ou dans le colon transverse. Cette étude est indispensable pour éclairer la question importante qu'il s'agit de résoudre.

Que le colon soit complétement vide ou plein, les rapports du péritoine sont les mêmes avec l'intestin, seulement ils sont en proportion du volume de ce conduit.

Jamais, jusqu'à présent, je n'ai trouvé de méso-colon lombaire, c'est-à-dire l'intestin flottant dans l'abdomen; toujours, au contraire, j'ai observé l'intestin accolé et adhérent aux parois de cette cavité par du tissu cellulaire. Cependant, je dois dire que j'ai trouvé quelquefois l'intervalle des deux replis péritonéaux très petit, lorsque l'intestin est fort contracté.

Pour juger la question qui nous occupe, c'est-à-dire, si le colon lombaire est dépourvu de mésentère, ce n'est pas en avant qu'il faut examiner l'intestin ; c'est en arrière , sans ouvrir l'abdomen, parce qu'en attirant le colon en avant, on peut dans quelques cas former instantanément un mésentère par la traction forcée de l'intestin.

Si on admet ce fait, que toujours une certaine portion du colon lombaire est dépourvue de péritoine, quelque peu étendue que soit l'adhérence celluleuse, on concevra que par la dilatation de l'intestin on peut presque à volonté agrandir l'espace celluleux. Il en est de même du colon lombaire droit; cependant, je dois dire que les rapports du péritoine sont plus variables du côté droit que du côté gauche.

Avant de passer outre, on doit étudier attentivement les

caractères qui peuvent faire reconnaître le colon; on doit d'abord observer avec soin le tissu cellulaire graisseux qui recouvre le rein et cet intestin, puis les vaisseaux qui se rendent au colon, enfin sa couleur particulière et les signes fournis par le toucher et la percussion.

En insufflant le gros intestin, on voit à l'instant le colon se gonfler, le repli du péritoine et les intestins grêles sont refoulés, l'espace celluleux s'agrandit en proportion du volume de l'intestin. Le péritoine, dans ce cas, est repoussé plus vite et plus distinctement encore que lorsqu'on insuffle la vessie.

L'insufflation ne produit pas toujours aussi promptement qu'on le désire l'effet qu'on attend, parce que l'air, après avoir distendu le cœcum, franchit la valvule iléo-cœcale, et passe dans les intestins grêles. L'injection d'une ou deux seringues d'eau réussit beaucoup mieux.

Après la dilatation, l'exploration par le toucher et la percussion fournissent des signes plus certains encore. Le toucher en long et en travers donne la facilité de mesurer l'étendue de la dilatation.

Si on fait une ouverture au colon lombaire, dans le point où il est dépourvu de péritoine, l'air s'échappe brusquement, l'intestin se vide; mais on voit avec étonnement qu'il ne s'affaisse point sur lui-même, comme les autres intestins, parce qu'il forme un canal lié aux parois de l'abdomen comme une artère à sa gaîne; il est libre du côté opposé et il peut par conséquent s'affaisser.

Si on attire avec des pinces les bords de l'ouverture faite au colon, on voit que l'intestin ne vient pas tout entier comme une anse intestinale, mais que c'est la paroi postérieure seule qui cède par son élasticité; de sorte que c'est une espèce de

tuyau de prolongation qui s'opère par allongement en sortant par le trou fait à sa gaîne, et si alors on porte le doigt dans la cavité de l'intestin, on reconnaît que l'éperon est peu marqué vis-à-vis de l'ouverture, parce que l'intestin n'obéit pas en entier à la traction, comme le ferait une anse intestinale pourvue de mésentère.

Après toutes ces considérations d'anatomie chirurgicale ou mieux opératoire, on peut ouvrir largement l'abdomen en avant, pour observer ce qui se passe à l'intérieur quand on attire les bords de l'ouverture faite au colon. On voit alors que l'intestin fait un léger creux, vis-à-vis de la traction et non pas un angle rentrant comme lorsqu'on attire une anse d'intestin au dehors. Si on introduit un doigt par l'ouverture faite au colon et qu'on repousse la paroi opposée, le doigt se trouve coiffé comme par un doigt de gant.

En examinant les replis du péritoine, en dehors et en dedans de l'intestin, on voit évidemment que le colon lombaire, dans cette région, n'est recouvert par le péritoine que dans la moitié ou dans les deux tiers antérieurs, comme on l'avait déjà constaté en observant la face opposée.

Ce qui prouve bien que l'intestin est dépourvu de péritoine dans le tiers ou la moitié postérieure, et qu'il est fixé assez solidement aux parois de l'abdomen, c'est qu'on ne peut le soulever et l'attirer aussi facilement à soi, en le pinçant avec deux doigts, comme on peut le faire pour le colon transverse, l'S iliaque et les intestins grêles, sans le moindre effort de traction. Cette remarque est d'une grande importance; elle m'a beaucoup éclairé sur plusieurs points.

Si on observe avec soin les trois bandelettes longitudinales musculaires qui caractérisent le gros intestin, on trouve, relativement au colon lombaire, que l'une de ces bandelettes est

située en avant de l'intestin, la deuxième en dehors, et la troisième en dedans. Ces deux dernières se trouvent précisément à l'endroit où se remarquent les replis péritonéaux, de sorte que l'espace celluleux, dépourvu de péritoine, est *justement* situé entre les deux bandelettes interne et externe.

Maintenant, je pense qu'il n'est pas sans intérêt de mesurer aussi exactement que possible le colon lombaire et l'S iliaque. En général, on a des idées fort inexactes sur l'étendue de ces différentes portions du gros intestin, ainsi que sur leur capacité.

Le colon lombaire gauche s'étend depuis la fin du colon transverse jusqu'au commencement de l'S iliaque, ou mieux depuis la dernière fausse côte jusqu'à la créte de l'os des îles ou à deux ou trois pouces suivant les sujets. Le colon lombaire droit est beaucoup plus court, à cause du cœcum et du foie. L'S iliaque a plus d'étendue qu'on ne le croit communément; ou en d'autres termes, la distance qui sépare le colon lombaire gauche du rectum est plus grande qu'on ne le pense. Et quand j'ai dit qu'il y avait 18 pouces, 2 pieds ou 2 pieds et demi, on m'a répondu que c'était une exception. Cependant j'ai pris la peine de mesurer sur un bon nombre de sujets; j'ai trouvé cette mesure exacte, et ceux qui m'ont fait l'objection n'en avaient sans doute pas fait autant.

Je dois dire cependant que sur quelques sujets et particulièrement chez les vieillards de petite stature, l'S iliaque m'a paru avoir moins d'étendue, et ses flexuosités même sont peu marquées.

Le défaut d'idée exacte sur la longueur de l'S iliaque fait commettre une grande erreur. Beaucoup de chirurgiens m'ont demandé si je ne me proposais pas d'attaquer une maladie du rectum par l'ouverture faite au colon lombaire gauche; par

exemple, d'introduire une sonde par cette ouverture pour dilater un rétrécissement de la partie supérieure du rectum. Si on essaie d'introduire une grande sonde par cette voie, on voit bien vite que la circonvolution de l'S iliaque et l'étendue de l'intestin s'opposent à cette introduction, même en faisant une injection. Le plus simple examen suffit donc pour prouver ce que j'avance relativement à l'introduction de la sonde, et à plus forte raison à toute autre tentative plus hardie encore.

Il n'est pas sans utilité d'observer les effets d'une double injection faite avec une seringue ordinaire par l'ouverture pratiquée au colon lombaire à sa partie postérieure. Ces expériences méritent quelque attention.

D'abord, si on injecte en bas vers l'S iliaque, on observe que l'intestin se gonfle à l'instant ; les anses de l'S iliaque se redressent comme un serpent : si on fait une autre injection, on voit distinctement deux grandes circonvolutions qui se dessinent en sens opposé et qui sont situées verticalement dans le bassin ; il n'y a même qu'une très petite portion du liquide qui reflue par l'anus artificiel, parce que les anses sont situées dans le lieu le plus déclive.

Lorsqu'on injecte par en haut, c'est-à-dire du côté du colon transverse, on voit à l'instant cet intestin se gonfler et surtout le cœcum. Si on injecte encore, l'intestin acquiert beaucoup plus de volume ; mais le colon transverse moins que le cœcum, parce que cet intestin est plus élevé et que le cœcum forme un cul-de-sac dans un point plus déclive.

Pour mieux apprécier encore l'étendue de l'espace celluleux auquel est attachée la portion du colon lombaire qui est dépourvue de péritoine, il faut la détacher complètement après avoir incisé le péritoine de chaque côté du colon ; par ce moyen, il est facile de mesurer exactement la place qu'il occupe, et de

comparer ensuite la surface qui est privée de péritoine à celle qui en est revêtue.

On peut aussi, avec avantage, poursuivre cette recherche sur la portion du gros intestin qui se trouve dans la moitié supérieure de la fosse iliaque et qui a les mêmes rapports que le colon lombaire gauche, c'est-à-dire qu'elle est aussi dépourvue de péritoine en arrière, parce que l'S iliaque ne commence à avoir un mésentère que lorsqu'elle passe sur le psoas et les vaisseaux iliaques.

Cette remarque est très importante ; elle montre qu'on ne peut ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine que là où il n'y a pas de mésentère.

Si, après avoir enlevé le colon lombaire gauche, le colon iliaque et le commencement de l'S iliaque, on observe la trace des deux bords du péritoine, on trouve que l'intervalle se rétrécit à mesure qu'on examine plus inférieurement. Cette trace celluleuse indique parfaitement l'étendue de l'intestin qui est dépourvue de péritoine. La même expérience, répétée sur le colon lombaire droit et sur le cœcum, mérite d'être faite avec soin pour obtenir des résultats comparatifs intéressans.

Il est utile de faire remarquer que le cœcum n'est pas accessible par le flanc, comme les colons, parce qu'il est situé plus bas dans la fosse iliaque et souvent même jusques dans le bassin; presque toujours, dans ces cas, il est enveloppé en arrière par le péritoine.

En réfléchissant aux données positives d'anatomie chirurgicale, relatives à l'intestin colon lombaire, on doit pressentir le parti que j'en ai tiré pour l'opération de l'anus artificiel.

On conçoit facilement que, si on fait une incision longitudinale trop en dehors, le long du bord externe du muscle carré

lombaire, on peut tomber sur la membrane séreuse, surtout lorsque l'intestin est contracté, et ouvrir le sac péritonéal, comme cela est arrivé à Callisen et à Duret.

Mais si on incise le flanc en travers, on doit comprendre qu'il est plus facile de se diriger pour trouver l'espace celluleux occupé par l'intestin, et par conséquent d'éviter de pénétrer dans la cavité péritonéale. Il est donc évident que, par ce moyen, on a beaucoup d'avantage pour ouvrir l'intestin sans blesser le péritoine, accident le plus formidable qu'on ait à redouter dans cette opération.

CHAPITRE II.

ESSAIS COMPARATIFS DES DIVERS PROCÉDÉS POUR ÉTABLIR L'ANUS ARTIFICIEL.

Après avoir épuisé, sur un seul cadavre, toutes les recherches anatomiques qui peuvent éclairer la question qui nous occupe, il faut, sur un autre sujet, faire l'essai des divers procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel, afin de bien juger comparativement.

On peut opérer, l'intestin étant vide ou plein; si on veut distendre le colon, on doit commencer par faire une ligature sur l'extrémité inférieure du rectum, en passant un fil avec une aiguille autour de l'anus; l'insufflation par le rectum ne réussit bien que par ce moyen.

Si on n'avait pas d'aiguille courbe à sa disposition, on pourrait cependant établir une ligature sur l'extrémité inférieure du rectum, en faisant une incision circulaire à un pouce autour de l'anus et en détachant la peau jusqu'au sphincter. Il est utile d'opérer d'abord, l'intestin étant vide, et de ne faire

l'insufflation que lorsqu'on est arrivé jusqu'au colon, afin de constater les effets de la dilatation.

Les procédés pour établir un anus artificiel sont nombreux, parce qu'on a proposé d'ouvrir le gros intestin dans tous les points de son étendue :

1° Dans la région iliaque, méthode de Littre, perfectionnée par Duret ;

2° En arrière de la région lombaire gauche, procédé dit de Callisen ;

3° En avant de la région lombaire gauche ; Fine et Dupuytren ;

4° Dans la région sous-ombilicale, procédé de Fine ;

5° Dans la région lombaire droite ;

6° Et dans la région iliaque droite sur le cœcum, procédé de Pillore.

On peut, avec avantage, commencer par exécuter le procédé de Callisen, à gauche, et le mien, à droite, afin de les comparer sous tous les rapports.

Après avoir retourné le sujet et placé un cylindre en travers sous le ventre, on observe déjà que le flanc devient saillant en arrière, plus ou moins, suivant l'état de vacuité ou de distension des intestins.

Pour le procédé de Callisen, on ne peut point prendre pour guide le bord externe du carré lombaire, comme on le dit communément, parce qu'il n'est pas possible de voir, ni de toucher ce muscle, à travers les tégumens, et qu'il est fort difficile de tomber juste sur son bord externe. D'ailleurs, ce bord n'est à découvert que dans sa moitié inférieure. Cette donnée est plutôt anatomique que chirurgicale ; on a voulu, par-là, indiquer les rapports du colon avec le carré lombaire ; mais cette indication est fort peu importante, puisqu'il est bien

difficile de se guider d'après cette disposition; car, ici, on ne dissèque pas, on opère; d'ailleurs, on doit se rappeler que le bord externe du muscle carré des lombes n'est pas perpendiculaire, mais oblique de haut en bas, de dedans en dehors, ou d'arrière en avant; le carré est plus large en bas qu'en haut. Enfin, pour se diriger, il vaut mieux dire qu'il faut inciser à un ou deux travers de doigt en dehors du bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et, dans ce cas, c'est parallèlement à ce bord.

Après avoir pris cette mesure, on fera l'incision de haut en bas, de la dernière fausse côte à la crête de l'os des îles, sans inciser complètement dans toute l'étendue de l'espace. Si le sujet avait beaucoup d'embonpoint, on pourrait prendre pour guide l'extrémité antérieure de la dernière fausse côte.

En incisant profondément, on coupe le muscle grand-dorsal, le plus souvent le grand oblique, toujours le petit oblique, le transverse, des vaisseaux, l'aponévrose antérieure du transverse, des nerfs, et, enfin, on tombe sur le tissu cellulaire graisseux qui recouvre l'intestin, et sur l'intestin lui-même s'il est dilaté; dans le cas contraire, il faut aller le chercher en arrière sous le carré. Lorsqu'on éprouve de l'incertitude, on ne doit chercher à la lever que par l'injection et après avoir fait l'opération de l'autre côté.

Pour apprécier les avantages de l'incision transversale, il suffit de faire l'opération du côté opposé.

Par le procédé que j'emploie, il est beaucoup plus facile de se diriger que pour celui de Callisen. L'incision transversale se pratique à deux travers de doigt au-dessus de de l'os des îles; ou mieux, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles; elle commence au bord externe de la masse commune et s'étend

jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des îles, ou bien jusqu'à la ligne latérale du corps, et, enfin, on lui donne quatre ou cinq travers de doigt.

Les apophyses épineuses lombaires, la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles, sont les points osseux qu'on peut prendre pour se diriger. Cependant, la crête de l'os des îles est le guide le plus sûr, et on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os.

Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en croix les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin ; par le moyen de l'incision transversale, on agit dans un grand espace d'avant en arrière ; on peut même soulever avec facilité le carré lombaire et inciser son bord externe, si c'est nécessaire ; enfin, on voit qu'on est bien plus en mesure pour se diriger et chercher l'espace celluleux de l'intestin. Après l'avoir trouvé et perforé, on peut attirer l'ouverture en avant, dans l'angle antérieur de la plaie, de manière à se rapprocher le plus possible de la région dans laquelle on établit habituellement l'anus artificiel.

L'incision cruciale profonde est fort utile, elle favorise singulièrement la recherche de l'intestin ; on devrait faire de même pour la peau, si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

Le temps le plus délicat de l'opération, c'est de se décider à percer l'intestin. Avant d'ouvrir le colon, on doit le mettre bien à découvert des deux côtés ; s'il est contracté, il faut le chercher en arrière ; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire. Le tissu cellulaire graisseux qui l'enveloppe doit être enlevé avec précaution.

Après avoir mis le colon à découvert, des deux côtés, on doit

examiner et comparer avec soin les résultats fournis par les incisions verticale et transversale. On voit qu'à gauche on ne peut explorer que de haut en bas, tandis qu'à droite on peut explorer dans tous les sens et surtout d'arrière en avant, dans une plus grande étendue, ce qui favorise singulièrement l'opération. La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens pour s'assurer de la présence de l'intestin ; le défaut de résistance, en dehors du colon, est un signe fort important.

Quelquefois, on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre, et si, malgré ce caractère et la percussion, on conserve encore des doutes, il faut injecter du liquide coloré et de l'air par l'anus, pour rendre plus facile le temps le plus important de l'opération. Après la distension du colon, on voit qu'à gauche il occupe toute l'étendue de la plaie verticale, tandis qu'à droite il n'occupe que la moitié postérieure de l'incision, ce qui permet d'explorer dans un sens plus favorable à la recherche de l'intestin.

Enfin, il ne faut pas se presser ; on ne doit procéder à l'ouverture du colon qu'après s'être assuré, par tous les moyens possibles, que c'est bien le gros intestin lui-même et non pas les intestins grêles recouverts par le péritoine.

Comme on le voit, l'incision cruciale profonde permet de disséquer et de découvrir les objets dans une plus grande étendue, et par conséquent de reconnaître comparativement l'intestin qu'il importe d'ouvrir.

Lorsqu'on a bien apprécié l'espace celluleux de l'intestin, des deux côtés, il faut achever l'opération, en ouvrant les colons et en fixant les ouvertures à la peau, par quatre points de suture. On doit aussi faire la suture de la plaie.

Si les essais précédens ont suffi, pour porter la conviction et

établir la préférence en faveur de la modification que j'ai apportée à l'idée de Callisen, il faut cependant procéder avec toutes les précautions, comme si on opérait sur le vivant, afin d'être complètement préparé dans l'occurrence à pratiquer cette grave opération, et même, s'il est possible, la veille d'une opération il faudra répéter encore le procédé dont on aura fait choix.

A cette occasion, il me vient une pensée triste, je crains que quelques praticiens et surtout ceux des campagnes, ne fassent malheureusement pour cette opération ce qu'ils font quelquefois pour la hernie étranglée ; ils aimeront mieux laisser mourir le malade, que de tenter une pareille opération; les uns n'opéreront pas par ignorance, les autres craindront de se compromettre, comme Estor cité par Dumas. (Voir les documens de la deuxième partie de ce Mémoire.) Mais lorsqu'on n'est pas en mesure, ou qu'on n'ose pas faire les grandes opérations, c'est un devoir sacré d'appeler un chirurgien de la ville la plus voisine, et qui se trouve dans les conditions que je viens d'indiquer.

J'ai souvent regretté qu'on ait aboli le serment d'Hippocrate. On devrait le rétablir et y ajouter que dans les occasions difficiles et périlleuses on appellera, le plus promptement possible, un ou plusieurs confrères.

Après avoir fait l'essai des deux opérations, on doit comparer la situation des ouvertures, et méditer sur les deux procédés ; alors on peut apprécier l'avantage de l'incision transverse, relativement à l'établissement de l'anus artificiel ; on voit que, par cette simple modification, on a la facilité d'établir la voie nouvelle beaucoup plus en avant.

Enfin, il importe de vérifier les parties qui ont été intéressées dans les deux opérations, en faisant ce que j'appelle l'a-

natomie après l'opération. Pour cela, on circonscrit les ouvertures verticale et transversale, par quatre incisions légères de la peau, et après avoir coupé les sutures, on dissèque couche par couche tous les tissus, d'avant en arrière et de dehors en dedans, en les renversant sur les lombes, sans les détacher complètement.

A gauche, c'est-à-dire par le procédé de Callisen, on voit, après la peau et le tissu cellulaire, que le muscle grand dorsal a été divisé en long, ainsi qu'une partie du grand oblique, le petit oblique, le transverse, des vaisseaux et des nerfs.

A droite, c'est-à-dire par mon procédé, on trouve que le grand dorsal est divisé en travers, dans le tiers postérieur de l'incision, et le grand oblique, dans les deux tiers antérieurs; le petit oblique et le transverse en long et un peu en travers, quelquefois le carré, peu de vaisseaux et de nerfs, l'aponévrose du transverse, puis le tissu cellulaire graisseux et la lame celluleuse du péritoine, qui recouvrent immédiatement l'intestin; enfin on trouve le colon lui-même.

Si on voulait établir l'anus artificiel plus en avant encore, par le même procédé que celui que j'ai proposé, on pourrait faire l'incision en dedans et en avant de la crête de l'os des îles, parce que, comme je l'ai déjà dit, le gros intestin, dans le haut de la fosse iliaque, est aussi dépourvu de péritoine. Mais le décollement de cette membrane de la fosse iliaque, dans une assez grande étendue, et la situation de la plaie pourraient favoriser les épanchemens. Du reste, pour bien juger cette question, on doit essayer, en faisant l'incision parallèlement à la crête de l'os des îles, dans le tiers antérieur de son étendue.

Les motifs qui m'ont porté à préférer l'incision transversale à l'incision longitudinale sont faciles à comprendre, surtout

après avoir fait l'essai des deux procédés; car en les comparant on voit que la simple modification de l'incision en travers donne le triple avantage :

1° De rendre l'opération plus facile, plus sûre, et d'éviter de couper en travers les vaisseaux et nerfs lombaires ;

2° Elle donne la facilité de chercher l'intestin et de l'ouvrir sans blesser le péritoine ;

3° Et elle permet d'établir l'anus artificiel plus en avant.

En résumé, je puis dire que par cette simple modification, j'obtiens tous les avantages des procédés de Callisen et de Littre, sans en avoir les inconvéniens.

Sur le même sujet, on peut, après l'avoir retourné, c'est-à-dire en le plaçant sur le dos, essayer comparativement le procédé de Littre, l'intestin étant vide; mais on peut l'insuffler, par l'ouverture faite aux colons en arrière. Alors on pratique une incision longitudinale de trois à quatre travers de doigt, à un pouce en avant, et au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on incise couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait ouvert le péritoine. Alors, on cherche le commencement de l'S iliaque, on l'amène au dehors, on passe un fil dans le mésentère, et on fait une ouverture longitudinale à l'intestin.

En général, cette opération est simple et facile; mais on peut éprouver de la difficulté à trouver l'S iliaque, et quelquefois les intestins grêles ou l'épiploon viennent se présenter à l'ouverture et gênent beaucoup l'opérateur.

Après avoir pratiqué l'opération de Littre, il est utile de vérifier les parties qui ont été intéressées; pour cela, après avoir circonscrit la plaie par un espace quadrilatère, indiqué par quatre incisions légères de la peau, à un pouce de la plaie, en tous sens, on enlève couche par couche, en les renversant

d'un côté, sans les couper entièrement, tous les objets qui ont été intéressés. On voit que par ce procédé on incise d'abord la peau, le fascia superficiel, l'aponévrose du grand oblique, et une petite portion de ce muscle, le petit oblique, le transverse, le fascia profond et enfin le péritoine. L'incision se fait entre deux artères importantes, la circonflexe et l'épigastrique, et si on prolonge un peu trop l'incision par en bas, on peut atteindre l'origine de cette dernière artère.

Fine et Dupuytren ont proposé d'établir l'anus artificiel au devant de la région lombaire ; mais un simple essai suffit pour démontrer que ce procédé est impraticable sur l'adulte; précisément parce que le colon, dans cette région, n'a pas de mésentère, et qu'il est très difficile ou presque impossible de l'amener à l'ouverture de la peau, sans exercer une forte traction, comme on peut s'en convaincre en essayant ce procédé, qui consiste à faire une incision longitudinale au devant de la région lombaire, et à pénétrer dans l'abdomen. Alors, si après avoir été chercher profondément le colon lombaire, en écartant les intestins grêles qui le recouvrent, on essaie d'attirer l'intestin avec deux doigts, on voit qu'il ne cède pas, comme par le procédé de Littre, précisément parce que le commencement de l'S iliaque a un mésentère; et que le colon lombaire n'en a pas.

On peut aussi, sur le même sujet, essayer le procédé que Fine a exécuté avec succès sur une femme. Il consiste à établir l'anus artificiel sur le colon transverse; pour cela, il faut faire une incision sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic et non pas au-dessous, comme l'a fait Fine, et aller à la recherche du gros intestin; mais, comme la position du colon transverse est très variable, il faut agir avec beaucoup de circonspection. Souvent, l'estomac se présente à la place du colon; pour éviter

une méprise, on doit insuffler ou injecter le gros intestin; quelquefois aussi il est si profondément caché derrière l'épiploon, qu'il n'est pas possible de le trouver, sans perforer cette membrane. Pour pratiquer sûrement l'incision de la ligne médiane, il suffit, après avoir divisé la peau, de chercher la ligne blanche avec le doigt; on la reconnaît au toucher comme une corde tendue qui glisse sous le doigt. J'ai déjà indiqué ce caractère pour la taille sus-pubienne, et il est beaucoup plus marqué que pour cette opération, ou toutes celles qu'on peut pratiquer sur la région médiane. Lorsqu'on craint d'intéresser trop vite le péritoine et les organes sous-jacens, on peut faciliter l'opération en soulevant les tissus avec un ténaculum. Dès que l'abdomen est ouvert, on découvre l'épiploon et le colon, quelquefois l'estomac ; lorsque les intestins sont distendus, on trouve une cavité libre entre le diaphragme, et le colon transverse. Ce fait mérite attention.

Fine, en pratiquant son opération, n'avait pas l'intention d'ouvrir le colon, mais bien l'iléon, pour imiter ce que fait la nature, dans les hernies inguinales étranglées. Si on voulait aller à la recherche du colon transverse dans l'état normal, c'est, comme je l'ai déjà dit, au-dessus de l'ombilic, et non au-dessous, qu'il faudrait faire l'incision, à moins que les rapports de cet intestin ne fussent changés ; c'est ce qui arrive assez souvent.

Il est inutile de tenter l'opération en avant de la région lombaire droite, ainsi que le procédé de Pillore sur le cœcum. On conçoit maintenant qu'il est bien préférable d'aller à la recherche des colons, en arrière, sans blesser le péritoine.

Après avoir essayé les divers procédes qui ont été proposés pour l'établissement de l'anus artificiel, on doit ouvrir largement le ventre, afin d'examiner les opérations qui ont été pra-

tiquées, et de les vérifier pour constater les fautes qui auraient pu être commises; une incision cruciale de l'abdomen, en évitant de détruire les ouvertures pratiquées à ses parois, donne la facilité d'examiner convenablement tout ce qui a été fait.

En réfléchissant maintenant aux divers procédés qui ont été essayés comparativement, il est évident, je crois, que celui de Callisen, modifié, doit être préféré. D'abord, c'est le seul qui permette d'éviter le péritoine. Et on n'agit que sur l'une des parois de l'intestin, au lieu d'attirer une anse entière; par conséquent, l'éperon est beaucoup moins marqué, ce qui donne une chance de plus pour la guérison de l'anus artificiel, s'il devenait inutile.

Supposons même un instant qu'il y ait un mésentère au colon lombaire gauche, et qu'on soit dans la nécessité d'ouvrir le péritoine en pénétrant dans l'intestin : je n'hésite pas à dire qu'il vaudrait mieux encore faire l'opération par ce procédé que par celui de Littre ou par tout autre, parce que le péritoine étant ouvert en arrière, les matières auraient beaucoup moins de tendance à s'épancher dans le ventre, que lorsqu'il est ouvert en avant.

L'opération de l'anus artificiel, par le procédé que j'ai employé, est bien plus facile qu'on ne peut le supposer au premier abord. En la comparant à l'opération de la hernie étranglée, par exemple, je trouve qu'elle est plus simple et beaucoup moins dangereuse.

Pour l'opération de la hernie étranglée, on n'a qu'un espace circonscrit, un anneau qu'il faut débrider, des vaisseaux importans difficiles à éviter, et on ouvre nécessairement le péritoine dans une grande étendue.

Pour l'opération de l'anus artificiel, on a un large espace sur lequel on peut opérer; on n'a point de vaisseaux importans à

redouter et on n'intéresse pas le péritoine ; mais on ouvre l'intestin. D'après mes observations sur l'homme et particulièrement sur les animaux, cette blessure est peu grave, quand le péritoine n'est pas ouvert, parce qu'alors les matières ne peuvent pas s'épancher dans la cavité abdominale.

Le temps le plus redoutable dans l'opération de la hernie, c'est le débridement de l'anneau, et dans l'opération de l'anus artificiel, c'est l'ouverture de l'intestin.

Il y a une autre opération que l'on peut plus exactement comparer à celle de l'anus artificiel lombaire, c'est la *taille postéro-pubienne sans conducteur* : par ce procédé on peut aussi pénétrer dans la vessie, sans intéresser le péritoine. Mais il existe une grande différence entre ces deux opérations, c'est que, dans l'une, le malade étant couché sur le dos, l'urine remonte contre son propre poids et tend à stagner dans la plaie, tandis que dans l'autre le contraire a lieu pour les matières qui sortent par l'anus établi en arrière de la région lombaire.

Les premiers essais que nous avons précédemment indiqués suffisent déjà pour donner une juste idée des divers procédés qui ont été proposés pour l'établissement de l'anus artificiel ; mais ils devront cependant être variés sur d'autres sujets, afin d'asseoir son jugement et de se familiariser avec cette grave opération.

Il importe aussi d'essayer sur des sujets d'âge différent et de répéter l'opération, l'intestin étant vide ou plein. On doit toujours vérifier les résultats obtenus, pour constater ce qui a été fait et les variétés qu'on peut rencontrer.

Je ne crois pas inutile de dire ici que l'expérimentation sur les animaux vivans m'a beaucoup aidé sur ce point, comme sur plusieurs autres. Afin d'étudier la formation de l'anus arti-

ficiel et les procédés qui ont été imaginés pour détruire l'éperon qui en résulte, j'ai établi bon nombre d'anus artificiels sur des chiens. J'ai pu constater que la moindre péritonite est un accident grave et souvent funeste, sur les animaux comme sur l'homme. J'ai surtout compris que le point essentiel pour établir sûrement un anus artificiel, c'est de faire saillir l'intestin, afin d'éviter le moindre épanchement dans le péritoine.

Ces recherches expérimentales, en me familiarisant avec une aussi grave opération, m'ont beaucoup enhardi et m'ont puissamment éclairé sur l'importante question de l'anus artificiel.

On voit donc déjà comment j'ai été conduit au résultat que j'ai obtenu. En résumé, ce sont les essais comparatifs et les investigations sur le cadavre et sur les animaux vivans qui m'ont fait donner la préférence au procédé de Callisen sur les autres, malgré la réprobation formelle de toutes nos autorités chirurgicales.

CHAPITRE III.

MALADIES QUI EXIGENT L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL.

La question de l'établissement de l'anus artificiel, lorsque le gros intestin est complètement obstrué à sa partie inférieure, n'a jamais été bien posée, ni bien débattue. Les auteurs de chirurgie ne la traitent que fort légèrement; elle méritait bien cependant d'être approfondie, comme celle des hernies, par exemple.

Sans doute, la cause de la tympanite stercorale est plus cachée, plus profonde que celle des hernies; elle est parfois douteuse, souvent incurable, et le danger même de l'opération

qu'elle nécessite a fait reculer les praticiens les plus hardis. On préférait laisser mourir le malade, que de tenter une opération si périlleuse, et cependant, dans quelques cas, l'indication était tout aussi précise que pour les hernies étranglées.

L'idée d'établir un anus artificiel chez les adultes, dans les cas de rétrécissement du rectum, paraît avoir été émise, pour la première fois, par Dumas, de Montpellier. En effet, on lit dans un Mémoire publié, en 1797, dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome 3, page 46, le passage suivant :

« Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heu- » reuse sont plus communs qu'on ne pense. Une telle opéra- » tion ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie, pres- » que toujours incurable, qui consiste dans un rétrécissement » du rectum à quelques pouces au-dessus du sphincter de » l'anus?...... »

« Lorsque le mal a fait des progrès, l'abdomen se tuméfie, » les tégumens rougissent, le malade souffre de violentes dou- » leurs dans les intestins, les excrémens retenus ajoutent à » l'irritation produite par l'état spasmodique du rectum ; il » survient des vomissemens, le malade périt au millieu de la » passion iliaque. Les auteurs regardent cette maladie comme » incurable ; ils se bornent à proposer des moyens palliatifs. » Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artificiel ne » réussît mieux à prévenir les suites fâcheuses de cette affec- » tion et à suspendre au moins la mort du malade, devenue » nécessaire sans ce secours. »

Fine, de Genève, a mis à exécution, en 1797, l'idée de Dumas, sans en avoir connaissance. Il s'exprime ainsi dans un de ses Mémoires publié dans le tome 6 des *Annales de la Société de médecine de Montpellier :*

« Dumas est le premier qui ait proposé la formation d'un » anus artificiel, dans le cas de squirrhe au rectum ; et moi » le premier qui ai exécuté cette opération, dans un cas sem» blable ainsi que dans celui de tympanite, avant que d'avoir » eu connaissance du Mémoire que ce célèbre professeur a » fait sur cette matière. »

Lorsque j'ai transcrit ce qui précède, je ne connaissais pas l'observation de Pillore. On sait maintenant que ce chirurgien a pratiqué le premier cette opération sur l'adulte, en 1776. (*Voyez* les Documens.)

Dupuytren, dans le tome III du *Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique*, page 125, dit :

« Si le rectum était oblitéré, et si tous les médicamens et » toutes les manœuvres directes, tentées pour rétablir la con» tinuité, n'avaient eu aucun résultat favorable, ne serait-on » pas autorisé à inciser la paroi abdominale vers le flanc gau» che, à attirer au-dehors la portion descendante du colon, et » à ouvrir par cet intestin un anus contre nature, dont l'éta» blissement remédierait à des accidens mortels en prolon» geant la vie du sujet? »

Dupuytren lui-même a rencontré plusieurs fois, sans doute, l'occasion de pratiquer cette opération et notamment sur Talma. Cependant, il n'a pas osé la tenter. Remarquons qu'il dit : « Ne serait-on pas autorisé ? » Ce langage n'est pas l'expression d'une conviction ferme et arrêtée; il est évident que dès qu'il y a étranglement insurmontable, il faut ouvrir une nouvelle voie à l'intestin obstrué, sous peine de voir mourir le malade, comme à la suite d'une hernie étranglée que quelques praticiens n'ont pas le courage d'opérer.

Comme on le voit, les chirurgiens qui se sont occupés de cette importante opération ne sont pas nombreux. La question n'a

pas été approfondie. Nos livres de chirurgie sont presque tous muets sur ce point; on ne trouve que quatre faits publiés dans les journaux, un en Suisse et les trois autres en Angleterre.

Il existe dans notre cabinet d'anatomie (Musée Dupuytren) deux pièces en cire, qui méritent d'être examinées avec soin, sous le point de vue de l'opération de l'anus artificiel.

L'une représente des tumeurs en forme de végétations de la surface interne et supérieure du rectum.

L'autre retrace le rétrécissement remarquable du rectum, recueilli sur notre célèbre tragédien Talma.

Ces deux pièces prouvent qu'on aurait pu établir un anus artificiel dans ces deux cas et espérer un complet succès, surtout pour celui de Talma qui eût été le plus favorable, comme tous les rétrécissemens qui ne sont pas de nature squirrheuse. Déjà plusieurs praticiens m'ont raconté des faits de cette espèce, c'est-à-dire de simples rétrécissemens de la partie supérieure du rectum ou de l'S iliaque, ayant déterminé la mort, par l'occlusion complète de l'intestin.

Relativement à l'imperforation de l'anus, ou mieux à l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum chez les nouveau-nés, après y avoir profondément réfléchi, je pense qu'on ne doit avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel, dans la région abdominale, que lorsqu'on ne peut rétablir la voie, à la partie inférieure, par le procédé que j'ai mis en usage avec succès sur une petite fille. Ainsi, lorsque l'anus est rétréci ou imperforé, et qu'une portion du rectum manque, je persiste à penser qu'il faut opérer dans la région anale ou cocygienne et même au-dessus; mais jusqu'à présent on a opéré trop timidement, en se contentant de faire une ponction avec un troicart, ou un bistouri, ou en faisant une simple incision. Il faut opérer hardiment, le plus près possible de l'intes-

tin, aller le chercher, l'ouvrir, l'amener à la peau et l'y fixer par plusieurs points de suture. (En attendant mieux, voir le mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans la *Gazette Médicale* du 2 novembre 1835.) C'est uniquement, lorsqu'on ne trouve pas le rectum, comme je l'ai déjà dit, que je conseille de pratiquer l'anus artificiel, dans la région lombaire gauche.

En résumé, les maladies qui exigent l'établissement de l'anus artificiel sont les suivantes :

1° La tympanite stercorale déterminée par l'obstruction du rectum ou d'une autre partie du gros intestin.

Que l'étranglement soit produit par une maladie particulière de l'intestin ou des organes voisins, dès qu'on ne peut vaincre l'obstacle par en bas et que la vie est en danger, il faut établir un anus artificiel.

2° La simple rétention prolongée des matières fécales qui détermine une tympanite qu'on ne peut faire cesser et qui met en danger la vie du malade.

Si les boules de matières fécales occupaient tout le gros intestin, et qu'il fût impossible de les broyer et de les faire sortir, il serait peut-être préférable d'opérer à droite;

3° Les affections squirrheuses du rectum ou du gros intestin, dès qu'elles apportent une grande gêne dans la défécation.

L'établissement de l'anus artificiel est le seul moyen de retarder la marche de la maladie, et de prolonger la vie autant que si l'affection cancéreuse occupait un organe moins essentiel à la conservation de l'individu.

4° Enfin, l'imperforation du rectum, ou plutôt l'absence d'une portion de cet intestin, lorsqu'on ne peut rétablir la voie par en bas.

Il est bien entendu qu'il faut que l'indication d'une pareille opération soit parfaitement démontrée pour la tenter, et mal-

heureusement les cas ne sont pas rares. Du reste, ce n'est qu'après de mûres réflexions et des délibérations avec les praticiens les plus éclairés, qu'on doit se décider à pratiquer cette grave opération.

Depuis que j'exerce la chirurgie, j'ai eu pour ma part sept ou huit fois le chagrin de voir mourir des malades affectés de tympanite stercorale, sans qu'on osât, ou qu'on voulût permettre de tenter d'ouvrir une voie nouvelle aux intestins obstrués.

Dans la relation que j'ai donnée de la maladie de Broussais, j'ai cherché à éclairer cette grande question, et comme on peut s'en convaincre en la lisant, j'étais bien préparé à ne plus rester spectateur passif de la mort par obstruction du rectum.

J'ai promptement trouvé, depuis, l'occasion de mettre mes idées à exécution, et j'ai complètement réussi, comme on va le voir par les deux observations suivantes.

CHAPITRE IV.

FAITS PARTICULIERS.

1re OBSERVATION.

Obstruction complète de la fin de l'S iliaque par des tumeurs, chez une femme âgée de quarante-huit ans; constipation datant de vingt-six jours; tympanite stercorale des plus violentes. Anus artificiel établi avec succès, en ouvrant le colon lombaire gauche *sans pénétrer dans le péritoine.*

Madame D..., née à Nantes, âgée de quarante-huit ans, demeurant à Paris depuis l'âge de quinze ans, d'une belle constitution, fut réglée à onze ans, et mariée à quatorze; elle eut trois enfans dans les trois premières années de son

mariage, et sa santé fut parfaite jusqu'à l'âge adulte ; ses parens, père, mère et grand'mère sont morts de maladies accidentelles et dans un âge avancé ; aucune personne de sa famille n'a succombé à une affection cancéreuse. Il y a quatorze ans, elle fut prise de maux d'entrailles, que son médecin traita pour une gastrite ; cent vingt sangsues, par douze et par quinze, furent appliquées sur la région épigastrique. Les douleurs abdominales étaient très fortes ; elles revenaient sous forme de crises, qui duraient quelquefois vingt-quatre heures ; elle dit que les douleurs étaient si atroces, qu'elle souffrait comme si on lui eût coupé les intestins avec un canif. A cette époque, la malade rendit beaucoup de sang par l'anus, et les garderobes devinrent difficiles. On ne parvint à calmer les douleurs que par l'emploi de l'opium sous toutes les formes; les crises ne duraient plus que quatorze heures.

Quelques années après, elle fut reprise des mêmes douleurs, et les mêmes moyens furent employés sans succès.

Il y a neuf ans, elle fit appeler, pour la première fois, M. le docteur Barras, qui améliora beaucoup sa santé. Un an après, au printemps, époque à laquelle madame D... était particulièrement sujette à des crises, elle dit avoir eu une maladie nerveuse, caractérisée par des lassitudes, des courbatures, des maux d'estomac et des envies de pleurer. Les garderobes étaient toujours fort difficiles.

Les deux années suivantes se passèrent assez bien ; cependant, elle éprouva encore au printemps cet état nerveux dont nous venons de parler. Les garderobes étaient de plus en plus difficiles, et elle rendit souvent du sang par le rectum.

Les règles ont cessé il y a deux ans. Depuis cette époque, elle n'a point rendu de sang par l'anus, mais beaucoup de glaires. La constipation durait habituellement cinq ou six

jours; la malade ne pouvait aller à la garderobe qu'avec de grandes difficultés, et qu'après avoir pris deux ou trois lavemens.

Depuis plusieurs années, elle éprouvait de la douleur dans les reins, de la chaleur et de la pesanteur dans le rectum ; elle ne pouvait garder les lavemens, et elle avait le pressentiment qu'elle aurait une maladie grave.

Le 2 août 1838, je fus appelé auprès de madame D.... par M. le docteur Barras. La malade craignait d'avoir un ulcère de la matrice. Le toucher et l'examen de l'utérus ne me firent reconnaître aucune altération organique, mais seulement un peu d'abaissement. Des éponges et des pessaires furent employés sans beaucoup de succès. Quelques mois après, la malade se plaignit de douleurs dans l'urètre; l'examen de ce canal nous fit découvrir trois petites excroissances polypeuses, qui furent excisées et cautérisées avec succès.

Quelque temps après, je constatai que la malade avait une hernie crurale droite ; elle se soumit à l'usage d'un brayer.

Le 11 mai 1839, elle vint de nouveau me consulter pour des douleurs lombaires, qu'elle attribuait à un rhumatisme; des douches de vapeur furent conseillées.

Enfin, le 29 mai, je fus appelé par M. le docteur Barras, pour l'aider à faire cesser une constipation opiniâtre qui datait de vingt-deux jours, et contre laquelle il avait employé inutilement les purgatifs les plus énergiques. Il pensait que les matières fécales devaient être accumulées dans le rectum; le toucher me fit promptement reconnaître que cet intestin était vide ou simplement dilaté par des gaz. Au-dessus, je reconnus des tumeurs et des matières fécales accumulées dans l'S iliaque. Le ventre était déjà très ballonné; il fut convenu qu'on aurait recours à une douche ascendante.

Le lendemain, madame D... était dans le même état, malgré la douche et les purgatifs. Je lui administrai moi-même une forte douche, sans plus de succès. Le doigt, introduit profondément dans le rectum, distinguait parfaitement les pulsations d'une grosse artère du bassin.

Pensant que la hernie crurale droite dont nous avons parlé pouvait être la cause de la tympanite, je fis la réduction de cette hernie par le taxis gradué, sans beaucoup d'efforts.

Il fut convenu, avec M. Barras, qu'on continuerait les douches, les purgatifs; qu'on introduirait un suppositoire avec un grain de résine d'aloès, et que le ventre serait recouvert d'un large cataplasme.

Le 31 mai, nous trouvâmes que les accidens augmentaient notablement. La malade avait des crises violentes, comme une femme grosse pourrait en avoir, pour un accouchement impossible. Après avoir introduit profondément une canule recourbée à olive, je fis pousser fortement une injection, mais sans succès. Lorsque le rectum était distendu, le liquide revenait, malgré tout ce qu'on pouvait faire pour s'y opposer.

Le soir, les mêmes moyens furent employés sans plus d'avantages. La malade était épuisée par les douleurs et les efforts inutiles. Le danger était pressant. Nous décidâmes qu'une consultation aurait lieu le lendemain.

Le 1er juin, MM. Récamier, Fouquier, Breschet, Barras, Puyoo et moi, nous fûmes réunis en consultation. Après un examen approfondi, nous reconnûmes unanimement qu'il existait un étranglement au-dessus du rectum. Les uns attribuaient l'obstruction à des tumeurs de la matrice, et les autres à des tumeurs propres à l'intestin. Le ventre était dur, ballonné; la malade avait des crises affreuses, pendant lesquelles elle vomissait et demandait avec instance une opération qui

pût la soulager. Il fut décidé qu'on tenterait encore le galvanisme.

Persuadé qu'il existait un obstacle organique insurmontable, je proposai l'opération de l'anus artificiel et je développai les idées que j'avais déja publiées; tous les consultans opinèrent pour l'opération, dans le cas où le galvanisme ne réussirait pas.

Le galvanisme fut appliqué dans la journée, avec beaucoup de soin, par M. le docteur Andrieux et par M. Puyoo; mais il n'eut aucun succès. Le soir, les crises redoublèrent; j'administrai moi-même des douches avec force; les vomissemens augmentèrent; des injections poussées fortement dans une canule courbe, introduite le plus haut possible, n'eurent pas plus de résultat.

Incertain sur le genre d'obstacle qui existait, je voulus explorer de nouveau, la malade étant placée sur le ventre, en travers sur son lit, les pieds à terre. Après avoir introduit l'indicateur aussi haut que possible, en repoussant le coccyx, je fit pénétrer le doigt plus avant, en poussant mon coude avec l'autre main. Reconnaissant que je pénétrais plus haut par ce moyen, je priai M. Puyoo, qui m'assistait, de me pousser le coude; par ce moyen, le doigt étant introduit jusqu'à l'obstacle, je pus reconnaître alors une tumeur ovoïde du volume d'une grosse noix, faisant saillie dans l'intestin, comme l'extrémité d'un petit citron. En explorant sa surface, je trouvai une espèce d'ulcération ou de trou; pensant que c'était l'orifice de l'intestin obstrué, je me fis pousser le coude plus fortement pour chercher à vaincre l'obstacle; mais comme il ne cédait pas, et craignant de faire une fausse voie, je m'arrêtai.

Cette découverte, en me faisant reconnaître la cause matérielle de l'étranglement, me donna plus d'assurance pour l'o-

pération que je devais faire le lendemain. Mais avant de la pratiquer, comme je l'avais projeté, je voulus la répéter sur le cadavre, et essayer tous les autres procédés devant quelques-uns des consultans, afin de les mettre plus en mesure de juger les raisons que j'avais fait valoir en faveur du procédé de Callisen, modifié.

Le lendemain, à huit heures du matin, je fis, en présence de MM. Récamier, Breschet et Puyoo, l'essai de tous les procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel à l'abdomen.

M. Breschet m'engagea à essayer d'aller chercher l'S iliaque du colon en décollant le péritoine de la fosse iliaque, comme on le fait pour la ligature de l'artère iliaque externe ; je réussis à ouvrir le colon, sans pénétrer dans le péritoine, mais avec beaucoup de peine; la situation de la plaie, le décollement du péritoine dans une grande étendue, et l'éloignement plus grand qu'on ne pensait du rectum, nous firent renoncer à ce procédé.

Vérification faite de tous les essais, en ouvrant l'abdomen, on donna la préférence au procédé que j'avais proposé.

Le 2 juin à neuf heures du matin, MM. Barras, Fouquier, Récamier, Breschet, Puyoo, Erichsen et moi, nous fûmes réunis pour délibérer sur le parti à prendre. Après avoir raconté ce que j'avais découvert la veille, par une exploration plus approfondie, je dis que puisqu'il existait un obstacle insurmontable, et que tous les moyens employés avaient été sans succès, même le galvanisme, il n'y avait plus de temps à perdre.

Je demandai cependant que l'un des consultans voulût bien vérifier ce que j'avais constaté. M. Récamier, après avoir exploré par le même moyen, c'est-à-dire, en se faisant pousser

le coude, reconnut tout ce que j'avais indiqué ; de plus il essaya de franchir l'obstacle avec une grosse sonde de métal légèrement recourbée.

Immédiatement après cette exploration, une courte discussion eut lieu, et l'opération fut décidée unanimement. Je dois ici rendre hommage à MM. les consultans; jamais je n'ai été si bien secondé; mais il faut avouer aussi que j'étais mieux préparé qu'en toute autre occasion à tenter cette grave opération, comme on peut le voir par la relation de la maladie de Broussais.

L'opération ayant été décidée, j'ai posé la question du procédé à employer, et j'ai insisté sur la préférence à donner à celui de Callisen modifié, avec d'autant plus d'avantage que je venais d'exécuter comparativement tous les procédés sur le cadavre devant MM. Récamier, Breschet et Puyoo. Après que j'eus démontré qu'il fallait renoncer à l'idée d'attaquer la maladie par en haut, c'est-à-dire par la voie nouvelle qu'on voulait établir, on donna la préférence à celui que je proposais, parce qu'il offrait l'avantage d'ouvrir l'intestin, sans intéresser le péritoine.

Bientôt tout fut disposé pour l'opération. Après avoir examiné et vérifié les objets nécessaires, je fis avec mes aides, et en présence des consultans déjà nommés, la répétition de l'opération, telle que je l'avais projetée et exécutée plusieurs fois sur le cadavre. Je procédai ensuite à l'opération.

La malade fut couchée sur le ventre inclinée à droite, et on plaça sous l'abdomen deux coussins liés ensemble. A l'instant, le côté gauche de la région lombaire devint saillant en arrière, ou plutôt il parut dans ce point une ronde bosse, indiquant que c'était là que l'opération devait être pratiquée, préférablement à tout autre endroit.

Une incision en travers fut faite à la peau, à deux doigts au-dessus de la crête de l'os des îles ; puis je coupai toujours en travers et de plus crucialement toutes les parties situées profondément. Une artère fut tordue, et après avoir incisé l'aponévrose du transverse et réséqué largement de la graisse épaisse, je reconnus parfaitement l'intestin, qui était très distendu, ballonné et dépourvu de péritoine. Étant sur le point de le perforer avec un troicart, je pensai qu'il s'affaisserait peut-être, et alors je me suis décidé à passer dans ses parois deux fils à un pouce l'un de l'autre. L'intestin maintenu à l'aide de ces fils par l'un des assistans, j'y fis d'abord une ponction dans l'intervalle des deux fils. Des gaz et même des matières fécales délayées s'échappèrent par la canule du troicart; aussitôt après, je passai à côté de cette canule un bistouri herniaire, qui me servit à agrandir en haut, en bas et crucialement, l'ouverture que je venais de faire au colon par la ponction. Cette ouverture devenue large donna issue à beaucoup de gaz, et à un jet de matières fécales délayées.

Deux injections faites par l'anus artificiel, l'une, dirigée vers le bout inférieur de l'intestin, et l'autre vers le bout supérieur, provoquèrent encore la sortie de matières fécales délayées, dont la quantité était tellement grande, que trois cuvettes en furent remplies. Cette évacuation si considérable, ainsi que la sortie des gaz, qui distendaient très douloureusement tout l'abdomen, permirent à la malade de respirer librement et d'exprimer avec joie combien elle se sentait soulagée.

L'ouverture de l'intestin fut ensuite fortement attirée en avant, à l'aide de trois pinces à torsion, et fixée à la peau par quatre points de suture entrecoupée, en renversant en dehors la membrane muqueuse. Le premier point de suture fut fait avec une aiguille courbe ordinaire; elle causa

beaucoup de douleur, tandis que les autres, faits avec les aiguilles à acupuncture dont je me sers habituellement, furent au contraire à peine sentis. L'angle postérieur de la plaie des tégumens divisés fut rapproché par un point de suture entrecoupée.

La malade supporta patiemment l'opération; immédiatement après, on la porta dans son lit, et la plaie fut simplement recouverte d'un linge huilé.

Dans la journée, la malade éprouva un très grand soulagement; elle dormit peu la nuit suivante.

Le 3 juin au matin, elle était faible, et elle avait de la chaleur et de la fièvre. Elle avait rendu beaucoup de matières par l'anus artificiel; rien n'était dérangé dans la plaie; le tissu cellulaire paraissait assez gonflé.

Le 3 au soir, elle dormit d'un bon sommeil; elle s'est réveillée seule pendant ma visite; elle est faible, mais assez bien, après tout ce qu'elle a éprouvé; elle a digéré facilement du bouillon et de l'eau rougie sucrée. Des frictions avec une pommade mercurielle et d'extrait de belladone durent être pratiquées autour de la plaie, que l'on recouvrit avec un linge huilé.

Le 4, la malade dit avoir très bien passé la nuit, elle a dormi jusqu'à deux heures de suite; elle ajoute qu'elle a dormi avec délices, parce qu'elle n'avait pas eu de sommeil depuis quinze jours. Elle eut trois évacuations la nuit et deux depuis le matin. A la suite de bouillonnemens et de glouglou elle rendit beaucoup de *glaires* et de gaz. Chaque fois qu'elle devait rendre des matières, elle éprouvait une douleur dans la plaie et point dans le ventre. La hernie crurale était ressortie; elle était dure et douloureuse; on y appliqua des cataplasmes émolliens, ainsi que sur le ventre. Le soir, le pouls devint plus fréquent; la malade ne se plaignait que de la hernie, qui était plus

dure et plus douloureuse. Six sangsues furent appliquées sur la tumeur, et immédiatement après, des cataplasmes émolliens.

Le 5, la malade était dans le même état que la veille. La hernie était toujours plus douloureuse; la malade ne se plaignait que de ce point du ventre.

Le 6 juin, quatrième jour après l'opération, MM. Barras, Fouquier, Breschet et Puyoo, furent réunis pour constater l'état de la malade, qui fut trouvé très satisfaisant à l'exception de la hernie.

Le soir, MM. Récamier et Valentine Mott visitèrent la malade avec moi; ils trouvèrent la plaie en très bon état; la hernie seule fixa leur attention. La malade avait des pressentimens sinistres; elle disait qu'elle était menacée d'une nouvelle opération; moi-même je partageais ses craintes et je les exprimai à ces messieurs, qui eurent aussi des inquiétudes sur l'issue de cette grave complication. Il fut convenu qu'on cesserait l'usage du lait et de la glace, qui avait provoqué une forte diarrhée, et qu'on porterait toute son attention sur la hernie, qui était devenue très douloureuse.

Le 7, la fièvre augmenta, la tumeur de l'aine droite devint plus grosse, plus rouge et plus douloureuse. Nous convînmes, avec M. Barras, de faire appliquer des ventouses scarifiées sur la hernie et autour.

Le 7 au soir, avec MM. Breschet et Barras, nous constatâmes que les ventouses avaient eu peu d'effet, et nous fûmes d'avis d'appliquer de nouveau des sangsues et d'avoir recours aux bains de siége.

Le 8, la malade dit qu'elle se sentait affaiblie par les sangsues, mais qu'elle se trouvait un peu mieux. Elle éprouvait

toujours un tiraillement dans l'aine droite et dans le côté correspondant du ventre ; mais la tumeur était moins grosse, moins dure et moins rouge. La malade, n'étant pas aussi tourmentée par ses pressentimens sinistres, affirmait avoir moins souffert de l'opération que des tentatives qu'on avait faites pour vaincre l'obstacle du rectum.

Le 9, madame D.... était encore un peu mieux que la veille; la hernie n'était ni aussi grosse ni aussi dure; le ventre au-dessus de la tumeur était encore douloureux; la plaie était moins blafarde; le pus de bonne nature. Une évacuation eut lieu, au moment où j'examinais la plaie ; les matières étaient verdâtres, épaisses et mousseuses; elles avaient été précédées par des gaz.

Le 10, le mieux se soutint et nous fit espérer que les accidens formidables, qui nous faisaient craindre l'inflammation et la gangrène de la tumeur, allaient se dissiper.

Le 11, la malade se plaignit d'avoir eu une indigestion, parce que ses alimens avaient été mal préparés. Elle sentait, lorsqu'elle faisait des efforts, des gaz qui se portaient de bas en haut, pour sortir par l'anus artificiel.

Le 12, M. Blandin vit la malade avec moi. Elle avait de l'appétit et les matières, qui sortaient par l'anus artificiel, étaient déjà un peu moulées.

Le 13, elle demanda à manger. La plaie paraît affaissée et rétrécie, ainsi que l'ouverture faite à l'intestin.

Le 14, madame D... était toujours dans un état satisfaisant. Deux selles avaient eu lieu en douze heures par l'anus artificiel, sans coliques et sans qu'elle se fût aperçue de la sortie des matières fécales. Celles-ci étaient moulées et accompagnées de quelques glaires.

Le 17, la malade était moins bien que les jours précédens;

elle éprouvait quelques pincemens dans le côté gauche du bassin et dans le côté droit à partir de la hernie. Trois petites selles moulées eurent lieu dans la journée.

Le 19, quatre selles dans les vingt-quatre heures; l'une, qui eut lieu en notre présence, était composée de matières moulées, sortant comme d'un anus naturel et sous la forme d'un ovoïde, dont on aurait coupé la petite extrémité.

Le 20 juin, dix-huitième jour après l'opération, madame D... eut une espèce d'urticaire, qui la tourmenta beaucoup. Dans la journée six selles eurent lieu ; une seule était liquide. La malade attribua ces évacuations, plus abondantes que de coutume, à du potage au lait qu'elle avait pris en assez grande quantité.

Le 21, six selles dans la journée; l'une d'elles était composée de matières liées et moulées, formant un cylindre de trois ou quatre pouces, et qui sortit comme d'un anus normal.

Le 24, augmentation de l'appétit et des forces. Madame D... put faire de grands pas dans sa chambre. Les pincemens du ventre et les maux de reins avaient disparu. Toutes les rougeurs de la peau s'étaient dissipées.

Le 25, la malade se trouvait fatiguée de s'être levée la veille deux fois. De temps en temps, elle disait éprouver une secousse, comme un hoquet, qui cependant devenait de jour en jour moins fort.

Le 29, madame D... percevait la sensation des matières fécales, qui tendaient à s'échapper par l'anus artificiel. Dans les vingt-quatre heures, elle eut quatre ou cinq petites selles, qui équivalaient, dit-elle, à une selle ordinaire par l'anus normal. L'anus artificiel était toujours bien saillant, et la muqueuse, qui se renversait et proéminait pendant les efforts, rentrait d'elle-même aussitôt que les matières fécales étaient sorties.

Le 6 juillet, madame D... éprouva de temps en temps de petits élancemens dans le bassin. Elle eut des espèces de crises, qui l'empêchèrent de dormir. Cependant, elle se leva, marcha dans la chambre et mangea avec assez d'appétit. Les évacuations par l'anus artificiel avaient lieu assez régulièrement, quatre ou cinq fois par jour.

Le 9 juillet, la malade éprouva du plaisir à me montrer qu'elle se levait avec facilité et qu'elle marchait aisément. Elle était restée levée hier, quatre heures de suite. Point de selles depuis vingt-quatre heures; mais, ce jour-là, survint une évacuation abondante et volontaire, comme par l'anus normal. Les matières qui étaient évacuées par la voie nouvelle avaient beaucoup moins d'odeur que celles qui sortaient autrefois par l'anus normal. Peut-être cette odeur était-elle absorbée en partie par les cataplasmes dont on recouvrait l'anus artificiel.

Le 11 juillet, trente-neuvième jour après l'opération, MM. Magendie et Breschet, commissaires de l'Académie des sciences, chargés de faire un rapport sur ce fait, ont vu la malade, qui devait partir le lendemain, pour aller passer la belle saison à Passy. L'examen du rectum avec le doigt me démontra que cet intestin était assez large, et qu'il contenait une petite boulette de matière, qui ressemblait à l'adipocire.

L'anus artificiel était très bien établi; il faisait parfaitement ses fonctions, et les selles étaient presque régulières.

Le 13, madame D... se rendit à Passy, et le 21 juillet je lui fis une visite. Je l'ai trouvée dans le salon avec madame sa sœur, et dans l'état le plus satisfaisant. Elle n'avait pas éprouvé le moindre accident depuis son départ de Paris. Elle sentait toujours quelques tiraillemens dans sa hernie et des douleurs dans les reins. La malade m'assura avoir rendu des gaz par l'anus normal, ce qui me prouva que l'obstruction du

rectum était moins complète qu'avant l'opération. L'anus artificiel faisait toujours bien ses fonctions. Une petite douleur indiquait le besoin d'aller à la garderobe; la malade n'a eu qu'une seule fois la diarrhée depuis l'opération ; elle avait au contraire une tendance à la constipation.

En examinant l'anus artificiel, j'ai trouvé une boulette de matières fécales bien moulée et à moitié engagée dans l'ouverture; elle n'était retenue que par les linges du pansement. Un petit effort de la malade la fit complètement sortir. La muqueuse de l'anus artificiel était parfaitement épanouie, le doigt indicateur pénétrait avec la plus grande facilité dans l'intestin. Les bords de l'ouverture étaient complètement souples. Le doigt me fit reconnaître une autre boule de matières fécales, analogue à celle qui était déjà sortie.

Lorsque la malade faisait des efforts, la muqueuse avait de la tendance à sortir. Un petit pansement, ou appareil compressif suffisait pour faire rentrer le bourrelet de la muqueuse et s'opposer à l'issue des matières fécales, de sorte que la malade n'allait à la garderobe qu'après avoir ôté l'appareil.

Le 18 août, j'ai fait une seconde visite à madame D... Je la trouvai dans le même état que la première fois; elle m'assura de nouveau que des gaz passaient par l'anus normal. Depuis le 18 août jusqu'à présent (1[er] octobre), quatre mois après l'opération, la santé de la malade a été aussi satisfaisante que possible; toutes ses fonctions s'exécutent parfaitement, et l'anus artificiel est moins incommode qu'on ne pourrait le supposer; la malade, qui est d'une propreté recherchée, supporte son infirmité beaucoup mieux qu'elle ne l'avait pensé tout d'abord.

RÉFLEXIONS.

D'après ce qui précède, il est de toute évidence que notre malade serait morte promptement, si on ne se fût hâté d'ouvrir une voie nouvelle aux matières fécales.

Dans un grand nombre de maladies de cette espèce, on a laissé mourir les malades , sans oser établir un anus artificiel.

Espérons que désormais il n'en sera plus ainsi, puisque, comme nous l'avons établi, cette opération peut être pratiquée sans ouvrir le péritoine, et que, par conséquent, elle devient beaucoup moins grave.

Reprenons maintenant les points importans de ce fait ; jetons un coup-d'œil rétrospectif sur cette observation. J'avoue tout d'abord que je n'avais pas soupçonné l'existence d'une affection organique du gros intestin. Mon attention s'était portée particulièrement sur l'utérus, sur l'urètre et sur la hernie, comme on le voit par les antécédens.

L'obstruction du gros intestin se trouve évidemment à la fin de l'S iliaque, très près de l'extrémité supérieure du rectum. Quelle est la nature de cette obstruction? C'est une tumeur dure, faisant saillie dans l'intérieur de l'intestin; elle paraît faire partie de l'épaisseur de ses parois. Est-ce une tumeur fibreuse ou carcinomateuse? Il est difficile de répondre à cette question.

En considérant la fraîcheur et la couleur vermeille du visage, on est tenté de croire qu'il ne s'agit point d'une affection cancéreuse. Dans cette supposition, on pourrait espérer de conserver longtemps la malade.

Y a-t-il quelque relation entre la maladie actuelle et les premières douleurs d'entrailles que la malade a éprouvées il y a treize ou quatorze ans? Je le pense.

Les symptômes inflammatoires de la hernie m'ont donné beaucoup d'inquiétude. J'étais fort préoccupé de l'idée d'une nouvelle opération. Je redoutais la gangrène de la portion herniée et la péritonite. Plusieurs fois, j'ai éprouvé une vive angoisse; et, pendant quelques jours, j'ai été bien affligé de cette malheureuse complication.

Si la malade eût succombé par le fait de la hernie, c'eût été un grand malheur; car, malgré mes raisons bien déduites, les praticiens auraient été découragés comme auparavant. Seul, peut-être, j'aurais persévéré; mais enfin le but n'aurait pas été atteint comme il le sera, j'espère. Je livre cette réflexion aux praticiens, pour leur montrer à quoi tient le progrès.

Les résultats relatifs à la hernie prouvent qu'il ne faut pas trop se presser d'opérer, surtout quand la hernie vient compliquer une opération majeure.

Dans aucun cas de cette espèce, je n'ai jamais été si bien secondé par les médecins consultans, comme je l'ai déjà fait remarquer. Il est vrai de dire que j'étais bien préparé et que l'occasion était des plus favorables. Il n'y a eu entre nous que de légères dissidences sur la maladie, sa nature, son siège, et nous avons arrêté que, si on ne parvenait pas promptement à faire évacuer la malade, il n'y avait d'autre ressource pour elle que l'opération de l'anus artificiel.

Je suis bien convaincu que les essais comparatifs des divers procédés que j'ai faits à l'Hôtel-Dieu, le matin même de l'opération, devant MM. Récamier et Breschet, ont aplani beaucoup de difficultés et m'ont permis d'exécuter le procédé que j'avais conçu et médité depuis longtemps. Je le dis à dessein,

pour engager les praticiens à employer ce moyen, afin de couper court aux discussions, quand on peut convaincre facilement par les faits. C'est une ressource précieuse qu'il ne faut jamais négliger. *Voir et faire, faire voir.*

Comme on a pu le constater par les détails de l'observation, l'opération a été simple et facile. Maintenant que nous avons beaucoup étudié et médité ce fait, tout semble indiquer le point que nous avons choisi comme le plus favorable. En effet, dès que la malade fut retournée, la poitrine et le ventre étant appuyés sur des coussins, nous vîmes, avec satisfaction, le colon lombaire gauche faire saillir le flanc en arrière, et tous les temps de l'opération ont été favorisés par cette disposition de l'intestin. La malade nous a assuré qu'elle avait moins souffert de l'opération que des crises qu'elle éprouvait avant.

Relativement aux évacuations, remarquons que les selles ont d'abord été liquides et glaireuses; bientôt, elles ont pris plus de consistance; enfin elles se sont régularisées. Dans les vingt-quatre heures, cinq, trois, deux selles, une enfin, et déjà la malade était inquiète; elle craignait que la constipation dont elle avait tant souffert ne revînt.

Bientôt les selles ont toujours été moulées. La malade n'a pas eu une seule fois le dévoiement, excepté lorsqu'elle a pris, un jour, du lait et de la glace en abondance. En résumé, la voie nouvelle remplit ses fonctions beaucoup mieux qu'on n'aurait pu le supposer, et presque aussi bien que l'ouverture normale.

Un fait intéressant, c'est que les matières fécales qui sortent par l'anus artificiel, quoique moulées et de même apparence que celles qui sortaient par l'anus normal, n'ont que peu ou point d'odeur. Cette remarque a été faite souvent par la malade surtout lorsqu'elle a fait une seule selle abondante en vingt-quatre heures. Moi-même j'ai remarqué avec intérêt pour

la malade, que les matières fécales n'avaient point d'odeur. C'est un fait physiologique intéressant et qui prouve que les fèces n'acquièrent de l'odeur que dans la portion inférieure du gros intestin.

La malade trouve qu'elle mange beaucoup plus qu'avant l'opération ; sans doute parce que la digestion se fait plus vîte et que le résidu de cette fonction séjourne moins dans les intestins.

Notre opérée, malgré les tumeurs du bassin et de l'abdomen, est dans un état assez satisfaisant; et nous espérons qu'elle vivra longtemps, grâce à la voie nouvelle pratiquée en arrière du colon lombaire gauche.

Si l'obstruction du gros intestin pouvait être détruite, on aurait alors l'espoir de rétablir l'ancienne voie. Il serait plus facile, dans les cas de cette espèce, de fermer l'anus artificiel, parce que l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin est infiniment moins marqué que lorsqu'on attire une anse d'intestin tout entière, en passant un fil dans le mésentère. Ici, c'est seulement la paroi postérieure qui a été attirée à la plaie.

Dans le cas qui nous occupe, on ne peut penser à essayer de rétablir l'ancienne voie. Mais si on avait une occasion favorable, le procédé mis en usage offrirait beaucoup d'avantages. Il suffirait de fermer l'ouverture nouvelle; il ne serait peut-être pas nécessaire de détruire l'éperon.

En résumé, ce fait justifie complètement tout ce que j'ai avancé dans la première partie de ce mémoire.

2e OBSERVATION.

Obstruction squirrheuse de la moitié supérieure du rectum et de la fin de l'S iliaque, chez un homme âgé de soixante-deux ans; constipation opiniâtre; débâcles pénibles tous les six, huit et douze jours; affaiblissement graduel du malade; anus artificiel établi avec succès, en ouvrant le colon lombaire gauche, *sans pénétrer dans le péritoine.*

M. T..., âgé de soixante-deux ans, né jumeau; son frère est mort à seize ans, à la suite d'une croissance trop rapide; son père est mort à quarante-cinq ans, d'une fièvre putride, et sa mère à cinquante ans, à l'époque critique, d'une maladie du foie survenue à la suite de profonds chagrins. Une sœur de M. T... est morte à cinquante-huit ans, d'une maladie du cœur; deux frères existent encore et se portent bien; aucun de ses parens n'est mort d'affection cancéreuse.

M. T..., d'une haute stature et d'un tempérament bilieux très prononcé, a toujours été d'une santé faible. Il y a vingt ans, il éprouva un grand épuisement à la suite d'excès avec les femmes; il avait des faiblesses et des syncopes; son estomac ne pouvait plus rien digérer. L'allaitement pendant six semaines réussit si bien, qu'il devint amoureux de sa nourrice, et, pour éviter la tentation, on le mit à l'usage du lait de chèvre et des alimens plus substantiels.

Depuis quinze ans, M. T... a éprouvé de grands chagrins qui l'ont jeté dans une mélancolie profonde voisine de l'hypochondrie; il s'isolait toujours, même à la promenade, constamment préoccupé par une idée fixe qui lui faisait commettre de grandes distractions.

Il y a douze ou quatorze ans, il était souvent affecté de rhumes et de catarrhes bronchiques opiniâtres pour lesquels il alla passer plusieurs hivers en Italie; on a cru pendant

longtemps qu'il mourrait d'une maladie de poitrine.Les rhumes ont complètement disparu, depuis que la maladie s'est fixée sur les entrailles.

Depuis dix ou douze ans, M. T... était très constipé ; il était presque toujours forcé d'agir avec ses doigts, pour débarrasser le rectum. Les lavemens ne suffisaient pas pour faire cesser la constipation, et il fallait que le malade prît 18 ou 20 grains de rhubarbe pour aller à la garderobe.

Il y a quatre ans environ, il eut, pour la première fois, un écoulement de sang par l'anus, et lorsqu'il voulait rendre des gaz, du sang s'échappait en même temps.

Le premier médecin consulté caractérisa la maladie de gastro-entérite chronique ; il disait à M. T... : « Votre maladie est dans le gros intestin. » Des sangsues en assez grand nombre furent appliquées à l'anus : il prit des bains gélatineux ; il fut mis à la diète et au laitage pour toute nourriture.

Une année après, un autre médecin changea avec succès ce régime sévère. Une nourriture forte et substantielle releva les forces.

Deux ou trois fois M. T... a été affecté d'anasarque; en dernier lieu, il y a huit mois, tout le corps était bouffi, jaune paille; alors on crut à une maladie du cœur. Cet état céda à l'usage des toniques.

Six mois après, le malade vint à Paris consulter M. le docteur Barras, qui caractérisa la maladie d'entéralgie compliquée d'hémorragie. Un doigt introduit dans le rectum ne put atteindre jusqu'à la cause du mal.

Enfin M. T... est revenu à Paris le 9 mai dernier, pour consulter M. le docteur Foville. Ce médecin, après avoir examiné le malade avec une grande attention et palpé le ventre, malgré l'absence de symptômes positifs, soupçonna une affection

du rectum, et, après des recherches attentives, il reconnut une altération organique de la partie supérieure de cet intestin.

Le 16 mai, j'ai été appelé en consultation par M. le docteur Foville et j'ai constaté l'existence d'une affection carcinomateuse de la moitié supérieure du rectum ; la maladie consistait dans une végétation squirrheuse de la surface interne de l'intestin. Le doigt indicateur pénétrait assez facilement dans la partie rétrécie, mais ne pouvait atteindre la limite supérieure du mal ; en bas, on sentait un bourrelet proéminent comme un col de matrice cancéreux et largement ouvert ; à l'extérieur, l'affection squirrheuse ne paraissait pas dépasser l'intestin. Les autres organes du bassin et de l'abdomen ne présentaient aucune altération.

Les garderobes étaient difficiles et rares ; le malade avait depuis longtemps des envies continuelles d'aller à la selle ; il ne parvenait à dissiper cette incommodité fatigante qu'en élevant les deux pieds pendant qu'il était assis, de manière à relever le bassin. M. T... était très amaigri et avait la teinte jaune paille, caractéristique de l'affection constatée dans le rectum. Avant de rien entreprendre, nous convînmes avec M. Foville de nous adjoindre quelques confrères.

Le 19 mai, MM. Récamier, Breschet, Foville, Puyoo et moi, nous fûmes réunis en consultation. Après un soigneux examen, et une discussion approfondie, il fut décidé qu'on ne pouvait attaquer la maladie que par la dilatation et la cautérisation.

Après avoir, pendant plusieurs jours, passé de grosses bougies à empreinte dans le rétrécissement et avoir dilaté avec des mèches et un doigt de buis, nous étions convenus que nous procéderions à la cautérisation. Mais l'examen approfondi du bourrelet inférieur avec le doigt, et au moyen du spéculum, me fit penser que l'écrasement de cette partie se-

rait beaucoup plus simple et plus facile que la cautérisation.

Une nouvelle consultation eut lieu le 30 mai. L'écrasement de la portion saillante de la tumeur ayant été discuté et approuvé, je procédai immédiatement à l'opération en présence de tous les consultans.

Le malade fut placé comme pour l'opération de la taille; une grosse et longue pince à mors dentelés, de la largeur du pouce, étant guidée par le doigt indicateur, je fis peu à peu, et circulairement, l'écrasement du bourrelet. Plusieurs portions dures offrirent beaucoup de résistance. L'opération fut peu douloureuse, et il n'y eut qu'un très léger écoulement de sang. Des injections froides furent faites à plusieurs reprises dans le rectum.

Le 31 mai, le malade éprouva un peu de chaleur et de fièvre; la base du bourrelet était gonflée. Les jours suivans, on continua les mêmes moyens; la séparation des parties écrasées se fit promptement. Les suites de cette opération furent nulles ou presque nulles et le résultat fort important, puisqu'on fit tomber, par cette simple manœuvre, ce qu'on n'aurait pu obtenir que par un bon nombre de cautérisations.

Le 6 juin, aidé de MM. Foville et Puyoo, je fis une première cautérisation avec un gros cylindre de potasse caustique en bâton, à l'aide d'un petit spéculum à trois valves, comme le speculum uteri. Le caustique était à moitié renfermé dans un gros tuyau de plume fendu en quatre et maintenu par un fil tourné autour, comme un crayon dans son porte-crayon.

La cautérisation a été assez forte; mais elle n'a porté que sur la moitié inférieure et intérieure de la maladie. De fortes injections ont été faites immédiatement sans ôter le spéculum,

et on en a fait souvent encore après sans cet instrument. Les jours suivans, on donna de grands lavemens ; mais ils ne pénétrèrent que très difficilement.

Le 10 juin, le malade étant recourbé, la tête et les coudes appuyés sur son lit, j'introduisis dans l'S iliaque une grosse canule recourbée dont on se sert pour les injections vaginales. Pour faciliter l'introduction, le doigt servant de conducteur à la canule, je la dirigeai d'abord la courbure en haut, c'est-à-dire en sens inverse de celle du rectum ; dès que l'olive eut dépassé le point malade, je la retournai en la poussant. L'instrument pénétra avec facilité dans l'S iliaque, et deux injections avec une seringue à hydrocèle furent données avec facilité.

L 11 juin, toujours assisté de MM. Foville et Puyoo, je pratiquai la deuxième cautérisation avec le porte-caustique que j'ai décrit dans la relation de la maladie de Broussais. Il était chargé de potasse caustique, coulée dans les quatre cuvettes. Cette cautérisation réussit moins bien que la première, parce que les cuvettes du porte-caustique se remplirent très vite de sang coagulé et de matières glaireuses. Cette fois, la cautérisation eut peu d'effet, comme je m'y attendais d'après la remarque faite sur les cuvettes et la petite quantité de potasse dépensée.

Le 14, après avoir introduit la canule recourbée, au-delà de l'obstacle, comme je l'ai indiqué précédement, je fis donner un lavement qui fut conservé complètement sans provoquer de garderobe.

Le 17, une quatrième cautérisation fut pratiquée comme la première et la troisième. Cette fois, l'application du caustique à l'intérieur de la maladie n'a pas été aussi facile. Le spéculum n'était pas aussi bien placé.

Le 19, une bougie à empreinte, grosse comme le pouce, dépassa l'obstacle assez facilement.

Le 21 juin, je pratiquai une cinquième cautérisation à l'aide d'un spéculum à deux valves, et avec un cylindre de potasse caustique maintenu dans une plume.

Le 25, le malade était fatigué; il avait eu plusieurs selles copieuses pendant la nuit; la cautérisation qui devait avoir lieu ce jour-là fut remise au lendemain; le malade en fut fort content; il nous avoua que, malgré son affaiblissement, il n'aurait pas osé nous demander ce retard, craignant de ne pas montrer assez de courage.

Le 26, eut lieu la sixième cautérisation, comme les précédentes et sans aucun phénomène notable.

Le 1er juillet, on procéda à la septième cautérisation qui n'offrit rien de remarquable.

Le 6 juillet, le doigt, introduit dans le rectum, pénétra plus profondément; en poussant le coude avec l'autre main et avec la hanche droite, j'arrivai à la limite du mal, et je reconnus des saillies qui n'avaient pas été touchées par le caustique; une grosse bougie à empreinte, entourée d'éponge préparée derrière la cire dans l'étendue de deux pouces, pénétra assez facilement dans l'obstacle et y fut maintenue à demeure.

Le 8 juillet, le malade éprouva un grand affaiblissement en faisant des efforts pour aller à la garderobe. Il était mal disposé; il nous pria de remettre la cautérisation au lendemain. Immédiatement après, il fut contrarié d'avoir demandé du répit.

Le 9 juillet, huitième cautérisation : le malade était mieux disposé, et il disait être content d'avoir remis la cautérisation. Cette fois, elle fut plus forte et assez douloureuse. Cependant, je ne cautérisai toujours que dans la moitié inférieure du ré-

trécissement ; il n'était pas possible d'aller au-delà, le spéculum étant ouvert au-dessous du point malade.

Pour cautériser plus haut, il aurait fallu introduire un plus petit spéculum dans la cavité agrandie en cône par la cautérisation ; alors on aurait atteint la moitié supérieure, peut-être n'aurait-on pu le faire qu'avec un porte-caustique courbe.

La difficulté des défécations, malgré les cautérisations et les autres moyens employés, et l'affaiblissement du malade, me firent comprendre la nécessité d'agir plus activement et de faire sur la partie supérieure de l'obstruction ce que j'avais fait avec succès sur la moitié inférieure. Mais avant d'agir, je voulus avoir l'avis des confrères qui avaient déjà été appelés en consultation. Il fut convenu qu'il ne serait rien entrepris avant d'avoir conféré et discuté de nouveau.

Le 13 juillet, MM. Récamier, Breschet, Foville, Puyoo et Séguin furent réunis pour donner leur avis sur les résultats obtenus par l'écrasement et la cautérisation. Après leur avoir raconté ce qui s'était passé, ils reconnurent que la partie écrasée avait été détruite, et que la moitié inférieure du rétrécissement cancéreux avait été fortement excavée en cône par la cautérisation ; mais que la partie supérieure s'était rétrécie et que les excroissances avaient pullulé.

Je dis alors que la moitié inférieure seule avait été attaquée et que je me proposais d'agir sur la moitié supérieure en plaçant un petit spéculum dans l'excavation obtenue. Je développai cette idée, et j'insistai beaucoup pour continuer la cautérisation.

M. Foville ne fut pas de mon avis, et il dit que puisqu'il n'y avait point de moyen chirurgical qui pût triompher promptement et sûrement de l'obstruction, le malade s'affaiblissant

sensiblement, il n'y avait pas de temps à perdre, et comme l'opération de l'anus artificiel que j'avais déjà faite une fois avec succès était simple et peu dangereuse, il n'y avait que ce moyen qui pût prolonger les jours du malade.

M. Récamier, après avoir raconté tout ce que l'exploration lui avait appris, émit son opinion d'une manière très favorable à l'opération qu'il avait vu pratiquer sur ma première malade; il dit aussi qu'il fallait renoncer à attaquer la maladie par le rectum et se hâter d'établir un anus artificiel.

M. Breschet, ayant aussi exploré le rectum, constata, comme nous, les résultats obtenus par le broyement et la cautérisation, et se rangea à mon avis.

Une discussion s'engagea alors et nous soutînmes de part et d'autre nos opinions. MM. Puyoo et Séguin consultés furent du même avis que MM. Foville et Récamier.

Malgré la répugnance que j'éprouvais à établir un anus artificiel, sans une impérieuse nécessité, je me rendis aux raisons alléguées par la majorité des consultans.

L'opération fut décidée, et M. Foville fit connaître au malade, avec tous les ménagemens possibles, le résultat de la délibération. M. T... fut d'abord étonné et ému, lui qui était ordinairement si impassible; il demanda quatre jours de réflexion.

Une dame de ses amies, lui ayant parlé de ma première opérée, lui proposa d'aller voir cette dame à Passy : la proposition fut acceptée et promptement exécutée. Le malade fut si content de ce qu'on lui raconta, après cette visite, qu'il m'envoya dire, immédiatement après, qu'il voulait être opéré le lendemain.

Le jour suivant à huit heures du matin, je fis à l'Hôtel-Dieu, sur un cadavre de phthisique, la répétition de l'opération, en présence des personnes qui devaient assister à ma seconde

opération d'anus artificiel. L'essai sur le cadavre fut si simple, si facile, et si promptement exécuté, que les assistans furent étonnés qu'on n'ait pas été plus tôt convaincu de la possibilité et de la facilité d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine.

Le 14 juillet à neuf heures du matin, après avoir préparé et examiné tous les objets nécessaires à l'opération, en réfléchissant aux difficultés qu'elle pourrait présenter, je pensai qu'il serait peut-être utile d'injecter le gros intestin. Immédiatement j'avais agité la question de savoir s'il ne conviendrait pas de distendre le gros intestin pour favoriser l'opération. Ma proposition fut écartée parce qu'on craignait que le malade ne pût retenir l'injection, et parce qu'on supposait l'intestin distendu par huit jours de constipation ; moi-même, je partageais cette dernière opinion.

L'opération fut faite dans l'établissement des Néothermes, en présence de MM. Breschet, Récamier, Foville, Puyoo, Seguin, Bouchacourt, d'Arcet, Vandersavel, Foucart, Dusseris et Tessereau.

Le malade fut placé sur un lit de sangle, et renversé de manière que le ventre appuyait sur une forte élévation faite avec trois traversins liés ensemble par une alaise, le tout surmonté par un drap plié en compresse épaisse. Aussitôt, le flanc est devenu saillant, mais beaucoup moins que chez ma première opérée et plus en dehors.

Une incision de la peau fut faite en travers, en arrière de la région lombaire, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles. Cette incision avait à peu près quatre travers de doigt ; elle s'étendait depuis le bord externe de la masse commune, jusqu'au milieu de la crête de l'os des îles ; le tissu cellulaire et les plans muscu-

laires peu distincts ont été incisés. Les autres plans musculaires et aponévrotiques profonds ont été coupés en travers. Arrivé au tissu cellulaire graisseux qui recouvre le péritoine et les intestins, j'ai été fort embarrassé. Après avoir constaté que j'étais trop en dehors et que la saillie intestinale était formée par les intestins grêles recouverts par le péritoine, je mesurai d'un coup-d'œil toutes les parties de l'espace mis à découvert, et je reconnus que le muscle carré lombaire avait une grande étendue ; enfin je pensai que le colon pouvait être caché par lui. Je fis part de cette réflexion à MM. Breschet et Foville et aux assistans, qui approuvèrent l'idée que j'avais, de couper le bord externe du carré. En le soulevant, j'aperçus une trace verte, longitudinale, qui indique le colon. A l'instant je fus débarrassé d'une très pénible incertitude. Après avoir incisé une portion de ce muscle, il devint évident que le colon était contracté et complètement recouvert par le muscle carré. Le gros intestin ayant été débarrassé de la graisse et du feuillet celluleux qui le recouvre, je passai séparément deux fils dans la paroi de l'intestin, pour mieux le soutenir. Je le perforai avec un bistouri, dans l'intervalle des deux fils ; en tenant les parois avec une pince, j'agrandis l'ouverture en plusieurs sens, avec un bistouri boutonné ; alors je pus introduire le petit doigt et reconnaître évidemment que l'intestin était très contracté, sans cependant être malade. Après l'avoir attiré fortement en avant avec les fils et trois pinces à torsion, j'attachai l'ouverture intestinale à la peau, dans l'angle antérieur de la plaie, par quatre points de suture entrecoupée avec des aiguilles à acupuncture. Je fis immédiatement deux injections par l'anus artificiel, l'une dirigée vers la partie supérieure de l'intestin, et l'autre vers la partie inférieure. Aussitôt après, l'injection ressortit en jet et en-

traîna avec elle une boule de matière fécale, grosse comme une petite noix. En plaçant le doigt dans l'intestin, je le trouvai dilaté et contenant beaucoup de boulettes analogues à celle qui avait été entraînée au dehors par l'injection.

Dans les efforts que faisait le malade, la muqueuse proéminait et l'ouverture nouvelle avait déjà la forme et l'apparence d'un anus artificiel bien conformé. Cette remarque fut faite par tous les assistans qui en étaient étonnés.

Ayant observé qu'en dehors et en dedans de l'anus, le péritoine était fortement repoussé dans les efforts, nous pensâmes qu'il serait utile de faire plusieurs points de suture, un en avant et deux en arrière pour soutenir le péritoine et le contenir dans ses limites.

Le malade a parfaitement supporté l'opération; elle nous a a paru lui être peu douloureuse. Immédiatement après, il a voulu marcher jusqu'à son lit. L'anus artificiel a été recouvert d'un cataplasme léger, placé entre deux linges.

Les deux premiers jours se sont passés sans la moindre trace d'inflammation dans la plaie, ni au pourtour; le malade a rendu de l'eau trouble et des gaz par l'anus normal. Il n'a pris que du bouillon et des potages légers.

Le troisième jour au soir, le pouls est devenu un peu plus fréquent. La lenteur du travail inflammatoire de la plaie était remarquable; l'abdomen était parfaitement souple et sans douleur.

Le quatrième jour, de l'eau et des gaz sont sortis par l'anus artificiel, et une boule de matière fécale et de l'eau par l'anus normal.

Le cinquième jour, la nuit fut agitée, le malade éprouva du gargouillement dans le ventre et tous les signes qui indiquent le besoin d'une évacuation. J'ôtai les épingles des points de su-

ture, la réunion immédiate avait été obtenue comme pour un bec de lièvre. Après avoir placé le petit doigt dans l'anus artificiel pour reconnaître les deux bouts de l'intestin, je constatai que l'éperon était peu marqué. Deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel et un autre par l'anus normal.

Le soir, une consultation eut lieu, et l'on trouva l'opéré dans l'état le plus satisfaisant sous tous les rapports. Le malade mangea avec plaisir du pain, du beurre et but du thé. Quelque temps après, une débâcle se fit par l'anus artificiel. Il sortit d'abord des gaz, puis une assez grande quantité de matières fécales délayées et deux ou trois boules comme des avelines. Le malade dit n'avoir éprouvé aucune douleur et plutôt du bien-être ; il n'était pas fatigué ; il était évident que l'enlèvement des épingles avait favorisé cette évacuation. Une grande amélioration eut lieu après la débâcle; mais la réunion s'était un peu déchirée dans les efforts et dans les mouvemens de torsion du tronc.

Le sixième jour, une selle assez forte, de matières anciennes, s'effectua par l'anus normal. La plaie s'ouvrit davantage en arrière ; elle était d'une couleur blafarde. A déjeuner, le malade mangea une côtelette, il but du thé, et une demi-heure après, il rendit une petite selle jaune par l'anus artificiel. Le soir, il se trouva plus fort, et fit des projets de promenade dans les environs de Rouen.

Le septième jour, pansement avec de la charpie trempée dans du vin. Deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel et un par l'anus normal. Une demi-heure après, le malade prit un potage et rendit ensuite, de demi-heure en demi-heure, une grosse boule de matière fécale et un peu d'injection. La nuit fut très bonne; après avoir pris un petit pot de gelée

de viande à une heure du matin, il dormit jusqu'à sept heures.

Le huitième jour, il urina beaucoup, parce que les lavemens avaient été complètement absorbés. Le malade déjeûna parfaitement avec un potage, des œufs, du thé et du beurre; le barbier se faisant trop attendre, il fit sa barbe lui-même dans son lit; il se plaça ensuite sur son canapé qu'on glissa près de la fenêtre. Une demi-heure après le déjeûner, une selle de meilleure couleur que les précédentes eut lieu par l'anus normal. Déjà, plusieurs fois, les évacuations s'étaient effectuées une demi-heure après les repas depuis l'opération, et la même chose n'avait pas été observée auparavant.

Le neuvième jour, MM. Breschet et Récamier furent appelés en consultation. Ils trouvèrent que le malade avait déjà beaucoup gagné depuis l'opération. Il était assis dans son lit, ayant, dit-il, fait sa toilette pour nous recevoir. Le visage était bon, l'œil ferme, le maintien assuré; il avait repris ses habitudes pour le régime. Ce matin, après déjeûner, de l'eau grisâtre est sortie par l'anus inférieur et des gaz par l'anus supérieur. On convint de ne pas trop s'opposer aux évacuations inférieures, et de dilater cependant l'anus artificiel pour favoriser le passage des matières fécales par la nouvelle voie.

Le malade passa la journée sur son canapé; un lavement d'eau de guimauve ayant été donné par l'anus artificiel et dirigé en haut vers le colon transverse, une forte évacuation eut lieu par l'anus artificiel après le dîner.

Le dixième jour, le malade est beaucoup mieux encore; il a passé une bonne nuit, et il a eu cependant quelques coliques; un lavement fut administré par l'anus artificiel, et trois petits lavemens froids furent injectés par l'anus normal. Il y avait eu trois grandes évacuations depuis la veille, une par

en haut, sans odeur et de nouvelle formation, et deux par en bas, évidemment anciennes et ayant une forte odeur.

Le 29 juillet, deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel, en les dirigeant vers le colon transverse. Après le déjeuner, une forte évacuation eut lieu par le côté; le malade rendit beaucoup de matières jaunes, pultacées, sans odeur, comme celles d'un enfant; du sang, des glaires et du pus d'une odeur fétide, ont été évacués par en bas.

Les jours suivans, pour habituer l'anus artificiel au contact des corps étrangers, je plaçai d'abord, dans son intérieur, des suppositoires de beurre de cacao. Plusieurs de ces cônes gradués furent successivement placés pendant plusieurs jours.

Le 5 août, le malade descendit se promener au jardin; la plaie était toujours blafarde et l'anus artificiel s'était beaucoup rétréci; il existait dans l'angle antérieur de la plaie une petite ouverture fistuleuse; la pression en faisait sortir quelques gouttes de pus.

Le 6 août, le malade se trouvait très bien; il avait le visage plus animé et moins amaigri. L'anus artificiel était très resserré; le petit doigt avait beaucoup de peine à y pénétrer. Nous convînmes avec MM. Foville et Puyoo de dilater l'anus artificiel au moyen d'éponges préparées et de les introduire assez profondément pour barrer le passage aux matières fécales; les petits lavemens froids, donnés par l'anus inférieur, firent sortir un ichor sanguinolent, *une selle eut lieu tous les jours par cette voie.*

Le 7 août, on injecta deux lavemens miellés par l'anus artificiel. J'introduisis dans cette ouverture une petite éponge préparée à l'eau, de la grosseur du petit doigt; elle y demeura plusieurs heures, sans produire de douleur. En la retirant, on la trouva imprégnée de matières fécales.

Le 8, je plaçai une plus forte éponge, qui resta toute la nuit.

Les jours suivans, des canules élastiques furent substituées aux éponges préparées; j'en mis successivement de droites, de courbes et en olives. Voyant que les canules élastiques recourbées étaient trop courtes et que souvent elles se retournaient en sortant du bout supérieur pour entrer dans l'inférieur, je plaçai dans le bout supérieur une bougie de cire recourbée, un peu plus grosse que le petit doigt, moitié plus longue et garnie d'un ruban à son extrémité extérieure.

Le 12 août, je débridai la petite fistule qui se trouvait dans l'angle antérieur de la plaie, et l'anus artificiel se trouva agrandi en avant; une mèche de charpie fut placée dans l'anus et dans la petite plaie.

Le 16 août, la nuit avait été bonne; des matières moulées et un peu de sang avaient été rendus par en bas. Après avoir broyé avec mon doigt des matières arrêtées au-dessus de l'anus artificiel, le malade en faisant quelques efforts rendit un filon aplati rubané, gros comme le doigt. On donna deux lavemens laxatifs par l'anus artificiel.

Le 17, le malade rendit neuf selles par en haut; les matières se composant de boules dures bien moulées et de cylindres. M. T... dit qu'il n'y avait pas eu depuis longtemps de pareilles garderobes. Il avait bien dormi et ne se sentait pas affaibli; le matin même, pendant qu'il se promenait dans sa chambre, il se disait plus fort que la veille.

Une dernière consultation eut lieu le même jour. Après une discussion approfondie, le procès-verbal suivant fut rédigé et signé par les consultans.

« Nous soussignés, docteurs en médecine, déclarons qu'ayant

été appelés auprès de M. T..., le 16 mai 1839, nous reconnûmes l'existence d'une affection organique du rectum, située à plus de deux pouces du sphincter anal, et présentant vers sa moitié supérieure une espèce d'anneau ou de bourrelet dans lequel le doigt pénétrait facilement, sans atteindre toutefois sa limite. D'accord sur la nature et le siége de la maladie, nous décidâmes qu'on aurait recours à la dilatation et à la cautérisation, afin d'en diminuer l'étendue et les inconvéniens sous le rapport surtout de la défécation qui était très pénible et très fatigante pour le malade. Le 30 mai, le broiement du bourrelet formé par la partie inférieure de la tumeur fut proposé et exécuté par M. Amussat. Ce traitement, suivi jusqu'au 13 juillet, n'ayant amené que de très faibles résultats et le malade s'affaiblissant de jour en jour à la suite de débâcles que précédaient plusieurs jours de constipation, nous fûmes d'avis que l'établissement d'un anus artificiel à la région lombaire, d'après le procédé de Callisen, modifié par M. Amussat, pouvait seul prolonger la vie du malade. Cette opération fut pratiquée le lendemain 14 juillet. Depuis ce moment l'état général de M. T... s'est notablement amendé, la fièvre et l'affaissement ont disparu. Les forces se rétablissent d'une manière sensible. L'ouverture faite à l'intestin donne issue aux matières fécales; une partie passe encore par l'anus. Nous avons pu constater hier, 18 août, que l'affection organique du rectum, au lieu d'avoir repullulé, s'est plutôt heureusement modifiée; le doigt ne sent plus ces granulations et cette surface végétante qu'il rencontrait d'abord. Il est cependant à craindre que cette maladie ne reprenne sa marche et que le rétrécissement du rectum qu'elle a produit ne parvienne à être assez considérable pour oblitérer complètement l'intestin. Aussi conseillons-nous de conserver à l'anus artificiel toute son

étendue, en employant les moyens de dilatation que nous avons indiqués et mis en usage, afin d'avoir, au besoin, une large ouverture par laquelle toutes les matières fécales auraient une libre issue.

En résumé, nous pensons que l'état de M. T... est aussi satisfaisant que possible, et qu'il s'améliorera probablement encore par le séjour du malade à la campagne.

Paris, 17 août 1839.

Ont signé : MM. Récamier, Breschet, Amussat, Seguin, Puyoo.

Le 19 août, en examinant l'anus artificiel, je reconnus que la muqueuse s'était retractée, surtout en arrière. Le doigt indicateur introduit dans l'ouverture faisait reconnaître en haut un resserrement circulaire de l'intestin, formant comme un sphincter interne. Je fis constater cet état à M. Puyoo et au malade lui-même, afin de leur apprendre à bien diriger les instrumens dilatateurs. Après avoir préparé la voie avec mon doigt indicateur, j'introduisis une forte bougie de cire recourbée.

Le 20, je reconnus de nouveau le resserrement de l'intestin et même deux anneaux au lieu d'un au-dessus de l'ouverture extérieure de l'anus artificiel; plus loin, je trouvai des matières fécales accumulées, et en explorant les parties voisines, je touchai distinctement le rein et la rate.

Le 21, trente-huit jours après l'opération, M. T... fit le voyage de Paris à Rouen sur un bateau à vapeur; il aurait préféré la diligence et je crois qu'il l'aurait très bien supportée. Du reste, il fit parfaitement le voyage. M. le docteur Cornac, que nous avons rencontré sur le bateau, a remarqué que

mon opéré montait et descendait sur le pont très librement et qu'il mangeait avec beaucoup d'appétit.

Le 21 août, au soir, je le remis entre les mains de M. le docteur Parchappe, qui devait continuer à lui donner des soins; il constata tout ce que j'ai déjà dit sur l'anus artificiel et sur l'état du rectum.

Pendant huit jours que le malade passa à Rouen, il n'y eut rien de nouveau; la dilatation fut continuée et les selles eurent lieu comme à Paris. Le 29, ayant revu le malade, je le trouvai absolument dans le même état.

Le 31, M. T... alla à la campagne à six lieues de Rouen, où il devait passer quelques jours; il supporta parfaitement le voyage, par un temps orageux, et mieux que plusieurs autres personnes en parfaite santé. Je quittai mon opéré dans l'état le plus satisfaisant pour sa position; ses forces étaient tellement accrues, que je me suis lassé plus vite que lui dans une longue promenade que nous fîmes ensemble.

Le 22 septembre, j'ai reçu des nouvelles de M. T..., par le médecin qui lui donne des soins. M. T... se promenait à pied, une heure tous les jours. Afin d'éviter de porter pendant la nuit un bandage de corps, nécessaire pour maintenir la bougie, il avait imaginé d'introduire dans l'anus artificiel le doigt indicateur de la main gauche; à son réveil, il remplaçait son doigt par une bougie en buis parfaitement polie. L'anus anormal fonctionnait mieux qu'il ne l'avait fait jusqu'à présent. Les selles avaient lieu sans lavemens; les matières fécales étaient généralement peu solides et assez mal élaborées. L'état des forces était toujours le même; souvent, le soir, la peau devenait brûlante et le pouls offrait de la fréquence.

RÉFLEXIONS.

Cette opération mérite, sous tous les rapports, de fixer l'attention des praticiens.

L'affection du rectum est de nature squirrheuse ou carcinomateuse ; il est bon de noter cependant que le malade n'a pas ressenti et ne ressent pas de douleurs locales, ni d'élancemens qui sont le caractère essentiel de cette affection.

Sous le rapport de la cause de la maladie, il est difficile de lui en assigner une. Cependant, les chagrins profonds qu'a éprouvés M. T..... me paraissent en être la cause la plus probable.

L'hérédité peut difficilement être accusée. On pourrait peut-être soupçonner la mère du malade d'être morte d'une affection cancéreuse du foie.

La constitution faible et éminemment bilieuse du malade le prédisposait à l'hypochondrie.

Les affections catarrhales des voies aériennes ont disparu dès que la maladie s'est fixée sur les entrailles, et celle-ci s'est terminée par une affection du rectum comme chez Talma et Broussais.

Le siége positif de la maladie a été longtemps méconnu; mais aucun signe précis n'indiquait le point du gros intestin qui était occupé par la lésion organique; il parait qu'il en est de certaines affections squirrheuses du rectum comme de celles de l'utérus; elles donnent lieu à des symptômes si peu précis, qu'on ne les reconnaît bien souvent que lorsqu'elles sont déjà fort avancées. On peut en dire autant, du reste, de beaucoup d'autres maladies, même de la pierre.

Dès que la lésion du rectum a été reconnue et bien appréciée, on a cherché à la détruire.

L'écrasement ou le broiement du bourrelet saillant de la tumeur mérite quelque attention. Ce moyen a été mis en usage avec facilité et un complet succès; il n'y a eu aucune suite fâcheuse sous le rapport de l'inflammation et de l'hémorrhagie.

L'écrasement des parties qu'on ne peut atteindre facilement ou sans danger avec les instrumens tranchans est une ressource précieuse qui pourra trouver son application dans beaucoup de circonstances. J'ai surtout employé ce moyen, depuis les recherches que j'ai faites sur l'introduction de l'air dans les veines. Ayant eu à faire plusieurs opérations d'ablation du sein compliquées de ganglions dans l'aisselle, j'ai écrasé tous ceux que je ne croyais pas prudent d'extirper avec les instrumens tranchans.

Les cautérisations avec la potasse ont agi très efficacement. La portion touchée par le caustique a été largement excavée, et j'ai pu constater ici, comme sur beaucoup d'autres malades, que la potasse en cylindre agit avec beaucoup plus d'énergie que le nitrate d'argent et les caustiques liquides. Mais nous étions gagnés de vitesse par la maladie, parce qu'elle était très étendue en longueur, et qu'on ne pouvait cautériser librement que sur la moitié inférieure de l'obstruction.

Maintenant pour bien apprécier le service qui a été rendu au malade par l'établissement de l'anus artificiel, il est utile de se rappeler l'état dans lequel il se trouvait avant l'opération. En effet, si on se reporte à cette partie de l'observation, on voit que le malade était très affaibli, triste, qu'il ne sortait plus de sa chambre, et qu'enfin il était dans des conditions très défavorables.

Dans l'opération de M. T....., j'ai vaincu une grande difficulté à laquelle je ne m'attendais pas ; je veux dire que j'ai trouvé l'intestin colon, vide et contracté sur lui-même au lieu d'être dilaté. Ce fait prouve sans réplique qu'on peut atteindre le colon lombaire gauche, et l'ouvrir sans intéresser le péritoine, même lorsque l'intestin est complètement contracté et réduit à son plus petit diamètre. Il n'y a point alors de méso-colon, comme on le supposait, mais l'intestin est caché sous le carré lombaire. C'est donc plus en arrière qu'il faut aller le chercher.

L'opération n'a été difficile que parce que je n'avais pas fait d'injection par le rectum pour distendre le colon, comme je l'avais proposé.

Si j'avais à opérer un malade dans les mêmes conditions que celui qui fait le sujet de cette observation, je ferais une ou deux injections immédiatement avant l'opération, comme on le fait pour la taille postéro-pubienne par mon procédé, le malade étant sur le lit, appuyé sur ses genoux et sur ses mains ; et si, par quelque cause que ce soit, je ne trouvais pas facilement l'intestin, je ferais encore injecter à l'instant même, pour me guider, et j'aurais dû le faire sur ce malade, au moment où j'étais embarrassé ; M. Bouchacourt m'en fit judicieusement la remarque après l'opération.

En résumé, par le secours de l'injection, on facilitera l'opération, et l'on pourra plus sûrement éviter une faute qui pourrait être très grave, je veux dire, la blessure du péritoine et peut-être même celle des intestins grêles.

Il n'est pas inutile, je crois, de faire remarquer que la suture de l'intestin à la peau, faite avec mes aiguillles à acupuncture, est peu ou point douloureuse, tandis qu'elle l'est

beaucoup avec des aiguilles courbes ordinaires et même avec des aiguilles à coudre. Les aiguilles à acupuncture en platine, dont je me sers, sont très déliées et faciles à recourber pour favoriser l'opération ; il est fort utile, pour tous les chirurgiens, d'avoir des aiguilles et des épingles de cette espèce dans leur trousse.

La réunion immédiate ou par première intention de la plaie de la peau en avant et en arrière de l'anus artificiel a été obtenue à l'aide de trois points de suture entortillée; mais elle n'a servi qu'à soutenir le péritoine dans les efforts, pendant les premiers jours; car l'adhésion s'est déchirée peu de temps après l'enlèvement des aiguilles , et la cicatrice définitive s'est faite comme si on n'eût pas réuni primitivement. Quoi qu'il en soit, le but essentiel a été atteint, et je ferais encore de même en semblable occasion. Il est vrai de dire, cependant, que les sutures entrecoupées bridaient l'anus artificiel ; peut-être deux au lieu de trois auraient-elles suffi, afin de moins serrer l'ouverture artificielle.

Le resserrement de l'anus anormal nous a forcés d'avoir promptement recours à la dilatation ; nous avons mis successivement en usage des suppositoires, des éponges préparées, des canules élastiques cylindriques et en olive, droites et recourbées ; des bougies de cire courbes graduées, et c'est à ce dernier moyen que nous nous sommes arrêtés. La dilatation a été faite promptement et sans le moindre inconvénient. J'ai été parfaitement secondé par M. le docteur Puyoo, mon ancien élève et mon ami.

Depuis l'établissement de l'anus artificiel, les selles par l'*anus normal* sont devenues faciles et presque régulières. Ce changement semble au premier abord fort difficile à expliquer ; mais je crois qu'on peut s'en rendre raison en réfléchis-

sant que les lavemens qu'on introduit par l'anus artificiel favorisent singulièrement le passage des matières fécales par l'obstruction du rectum.

Dès que les selles ont été plus régulières, l'appétit est promptement revenu. Avant l'opération de l'anus artificiel, la constipation durait sept, huit et douze jours; alors arrivait une débâcle pénible, qui jetait le malade dans un grand abattement. Avant et après, l'appétit était nul ou presque nul, et, comme on le conçoit, les fonctions digestives étaient peu actives. Ces fonctions étant devenues plus régulières, bientôt le malade a repris des forces et il a pu se promener et descendre au jardin.

Sur M. T....., l'ouverture de l'anus artificiel se trouve justement placée au milieu de l'espace compris entre les apophyses épineuses des vertèbres et l'épine antérieure de l'os des îles, vis-à-vis de l'épine postérieure et supérieure de cet os.

L'ouverture de l'anus artificiel est arrondie et cutanée; la muqueuse est assez profondément située. Cette ouverture a une très grande tendance à se rétrécir; mais elle se laisse facilement dilater par des éponges préparées ou de grosses bougies de cire.

L'éperon, ou l'angle rentrant qui se trouve vis-à-vis de l'anus artificiel, est habituellement très peu marqué; mais il devient très évident quand le bout supérieur est dilaté.

Lorsqu'on place le doigt indicateur dans l'anus artificiel pour l'explorer, on trouve plus ou moins de facilité à l'introduire, suivant son état de dilatation. On a quelquefois de la peine à pénétrer dans le bout supérieur, parce que l'intestin est contracté et forme un ou deux anneaux comme le sphincter interne de l'anus normal, mais moins forts. Au-dessus, le doigt pénètre dans une cavité qui se dirige en travers, et on

reconnaît très distinctement en arrière le rein qu'on peut explorer dans une-grande partie de son étendue, et en avant, la rate et l'estomac. En bas, on reconnaît la crête de l'os des îles et les parties voisines.

L'état stationnaire du squirrhe du rectum depuis l'opération de l'anus artificiel est un fait fort remarquable et qui mérite de fixer l'attention des observateurs. Ce fait a été constaté aussi par MM. Récamier, Breschet, Puyoo et Séguin, c'est-à-dire qu'ils ont reconnu que la maladie est stationnaire; qu'elle n'a point repullulé, du moins par en bas, et ce qui prouverait qu'il en est de même par en haut, c'est que le passage est plus libre même qu'avant l'opération de l'anus artificiel.

Que peut-on raisonnablement espérer dans l'état actuel du malade?

Sans doute, on ne peut pas croire que la maladie restera stationnaire; il est très probable, au contraire, que l'obstruction augmentera et que le passage sera complètement fermé; mais la nouvelle voie suppléra parfaitement alors à l'ancienne.

Tant que la maladie sera bornée à l'intestin, elle ne compromettra pas l'existence du malade qui pourra vivre autant que si l'affection attaquait un organe peu important; mais, si elle sort de ses limites, les conditions changeront.

Peut-on espérer l'atrophie ou l'élimination de la maladie, comme cela a déjà été observé sur un malade opéré par Martland? (*Voyez les Documens.*)

En supposant que l'anus artificiel devînt inutile par le rétablissement de la voie normale, ce qui n'est pas du tout probable, on conçoit qu'il serait plus facile de fermer la fistule stercorale, que dans tous les cas d'anus artificiels établis par

l'art ou par la nature, parce que, comme je l'ai déjà fait observer, l'éperon est peu marqué. Cette supposition trouvera, je l'espère, son application dans quelques cas plus favorables.

En réfléchissant sur la nature de l'affection qui a donné lieu à l'opération qui fait le sujet de cette observation, nous pensons qu'il ne sera pas sans utilité de dire quelques mots sur les maladies de cette espèce.

Le cancer du rectum est une maladie assez commune, et il faut avouer que la chirurgie, malgré les efforts tentés par quelques chirurgiens en tête desquels nous devons citer M. Lisfranc, est restée fort impuissante.

Nous pensons que toutes les fois qu'une affection squirrheuse dn rectum n'est pas accessible et que la maladie fait des progrès, dès que le cours des matières fécales est gêné ou interrompu, après avoir bien pesé les chances, comme nous l'avons fait pour M. T..., on doit avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel, si l'on veut prolonger les jours du malade. Nous pourrions même dire que lorsque la maladie est située plus bas, si on redoute l'extirpation, on doit aussi avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel.

Faut-il attendre que le cours des matières soit gêné, altéré ou interrompu, pour proposer l'opération de l'anus artificiel? Il est fort difficile de répondre actuellement à cette question. Mais cependant, l'avantage bien démontré de l'établissement de l'anus artificiel dans la région lombaire doit encourager les praticiens à ne pas trop attendre pour pratiquer cette opération.

Lorsqu'on établira un anus artificiel pour une affection cancéreuse du rectum, on aura surtout en vue de détourner le cours des matières fécales. Pour atteindre promptement ce

but, on devrait peut-être attirer l'intestin plus fortement en dehors, afin de déterminer un éperon plus prononcé et de faciliter le passage des matières, par la nouvelle voie.

D'après ce qui précède, on conçoit que les cas les plus favorables à l'établissement de l'anus artificiel sont ceux qui reconnaissent pour cause une imperforation du rectum, ou un obstacle organique simple, sans complication du vice cancéreux ou autre.

Talma, par exemple, se trouvait dans les conditions les plus favorables pour l'établissement de l'anus artificiel; il n'avait qu'un simple rétrécissement de la partie supérieure de l'intestin rectum. Il est donc très probable que l'établissement d'un anus artificiel aurait pu le faire vivre longtemps, et peut-être autant que si on n'eût pas changé la voie, enfin, comme chez un enfant imperforé. Mais il faut aussi se rappeler que l'autopsie de Talma a révélé qu'il avait une maladie du cœur, qui sans doute devait abréger sa vie; mais ici c'est une complication tout à fait étrangère à la maladie principale, et par conséquent mes remarques subsistent.

Broussais n'était pas sans doute dans les mêmes conditions que Talma, quoique la maladie n'occupât que la moitié inférieure du rectum ; elle avait commencé par une plaque squirrheuse vis-à-vis de la prostate. Mais dès qu'il a été reconnu que l'extirpation de la maladie n'était pas praticable, on aurait pu avoir recours à l'établissement d'un anus artificiel, et je suis convaincu qu'on aurait d'abord prolongé les jours du malade, et qu'en détournant les matières fécales, on aurait enrayé les progrès de la maladie. Rappelons-nous que l'ouverture a démontré que le rectum seul était malade.

Je pourrais citer plusieurs autres faits analogues; mais ceux-là suffisent pour étayer mon opinion, et beaucoup de

praticiens en ont de particuliers qui serviront aussi à appuyer mes propositions et à leur démontrer la nécessité de cette opération.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES DEUX OPÉRATIONS.

Les deux faits qui précèdent peuvent être médités comparativement avec beaucoup d'avantages sous tous les rapports.

Remarquons d'abord que le premier a eu lieu sur une femme de quarante-huit ans et le second sur un homme de soixante-deux ans. Chez les deux malades, l'obstruction de la partie supérieure du rectum était fort ancienne et elle avait été méconnue pendant longtemps.

L'obstruction chez madame D..... me paraît venir des parois extérieures de l'intestin, ou mieux, des tumeurs des organes voisins. Chez M. T....., au contraire, elle vient évidemment de l'intérieur même du rectum.

Pour le premier fait, il y avait urgence de faire l'opération, parce que l'oblitération du rectum était complète, et que les accidens de la tympanite stercorale avaient mis la malade dans un danger imminent.

Pour le second, il n'y avait pas urgence, parce que l'occlusion n'était pas complète; mais le malade était épuisé par la rétention des matières, par la difficulté de les rendre, et par la fatigue des débâcles.

La première opération a été simple et facile, l'intestin étant fortement distendu par des gaz. La deuxième a été très difficile, l'intestin étant complètement vide et contracté.

Ces deux opérations représentent les deux extrêmes pour la facilité et la difficulté. Par conséquent, elles prouvent que l'o-

pération est possible, même dans tous les cas, et qu'en dilatant l'intestin, on peut éviter la difficulté que j'ai rencontrée.

Les suites des deux opérations ont été nulles ou presque nulles. Les plaies, j'ose le dire, ont marché comme des plaies simples, et comme si un intestin n'eût pas été ouvert. Ces deux faits bien médités prouvent, je crois, l'innocuité de l'opération par elle-même, lorsque le péritoine n'est pas ouvert.

Les complications seules auraient pu compromettre le succès de ces deux opérations. Dans le premier fait, une hernie qui s'est enflammée après l'opération m'a donné de grandes inquiétudes. Dans le second, la faiblesse et l'épuisement du malade m'avaient fait craindre un fâcheux résultat.

L'ouverture artificielle chez les deux malades se trouve au même point, c'est-à-dire en dehors de la région lombaire gauche, au-dessus du milieu de la crête de l'os des îles. Chez madame D....., il existe un renflement sphérique gros comme un œuf à moitié découvert, sur lequel on voit facilement l'anus artificiel. Chez M. T....., il existe plutôt un enfoncement dans lequel on découvre difficilement une ouverture oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Chez madame D... l'anus artificiel est parfaitement établi; il est d'une dimension convenable. Le doigt indicateur y pénètre avec la plus grande facilité, la circonférence de l'ouverture est souple; elle ne présente aucune induration; la muqueuse tend plutôt à sortir qu'à rentrer, sans se renverser cependant; enfin, cet anus n'a exigé aucune espèce de dilatation.

Chez M. T..., c'est plutôt une fistule qu'un anus bien établi: la muqueuse est rentrée, l'ouverture est cutanée et elle tend incessamment à se retrécir; mais elle se laisse facilement dilater.

A quoi tient cette différence, puisque les deux ouvertures ont été établies par le même procédé ?

Chez madame D..., il est utile de se rappeler que l'intestin était fort distendu et que les matières ont continuellement passé par la nouvelle voie. Chez M. T....., l'intestin était contracté, et les matières ont passé difficilement par l'ouverture artificielle. Il est très probable que l'anus artificiel aurait été beaucoup mieux établi si l'intestin eût été préalablement dilaté par l'injection.

La défécation se fait parfaitement chez madame D..., on peut dire, presque aussi bien que par un anus normal. Chez M. T... la défécation se fait moins bien, parce que l'anus artificiel ne se prête pas aussi facilement à cette fonction et que le rectum n'est pas complètement obstrué.

On dit et l'on répète que l'anus artificiel est une infirmité dégoûtante et insupportable. Je le croyais moi-même avant d'avoir observé les deux faits que je viens de rapporter. Sans doute, on a confondu toutes les espèces d'anus artificiels, et il importe cependant de les séparer ; car il est bien évident que l'anus artificiel accidentel qui est causé par une hernie ou par une blessure a lieu le plus souvent sur les intestins grêles et par conséquent les résultats de la défécation, doivent être fort différens de ceux qu'on observe lorsque l'anus artificiel est établi sur le gros intestin. C'est effectivement ce qu'on trouve en méditant les faits des deux espèces.

Sur mes deux malades, un simple appareil ou pansement contentif suffit pour retenir les matières et ils ont renoncé jusqu'à présent à tous les appareils si incommodes que l'on a vu porter à ceux qui avaient un anus artificiel établi sur l'intestin grêle.

J'espère que les chirurgiens, après avoir médité ces deux faits, s'empresseront de vérifier sur le cadavre tout ce que j'avance ici, afin de bien juger cette importante opération et de se mettre en mesure de pouvoir la pratiquer consciencieusement au besoin; il suffit de faire quelques essais pour se convaincre que cette opération est facile, parce qu'elle est basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale.

Déjà beaucoup de jeunes chirurgiens ont essayé ce procédé, et tous ceux qui ont pris la peine de répéter l'opération m'ont dit avoir réussi en suivant la marche que j'ai tracée. Cette assurance me donne déjà une bien vive satisfaction; car pour qu'une opération soit vraiment utile, il ne faut pas qu'elle exige une trop grande aptitude, comme on est tenté de le croire pour celle-ci au premier abord.

Ainsi, des essais sur le cadavre à l'application sur le vivant, il n'y a plus qu'un pas; j'espère que tous les opérateurs bien préparés n'hésiteront pas à la pratiquer, et bientôt, je pense, il y aura un bon nombre de ces opérations; car il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré plusieurs fois l'occasion de la faire, et par conséquent de prolonger la vie de malades voués à une mort certaine.

Pour résumer les faits principaux, contenus dans ce mémoire, nous croyons pouvoir établir les conclusions suivantes:

1° L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche n'est pas nouvelle, sans doute ; mais des essais infructueux tentés par Callisen et Duret, sur des cadavres d'enfans, avaient fait rejeter cette belle conception chirurgicale.

2° L'anatomie chirurgicale démontre qu'en général on avait mal jugé des rapports de l'intestin avec le péritoine, même chez les enfans.

3° Les essais sur le cadavre prouvent que l'opération est

possible, simple et facile, puisqu'elle est basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale.

4° L'incision transversale que j'ai adoptée favorise singulièrement l'opération sous tous les rapports et permet surtout d'établir l'anus artificiel, latéralement et non pas en arrière. Elle donne le triple avantage : de favoriser la recherche de l'intestin; de permettre d'établir l'anus plus en avant et d'éviter les épanchemens dans l'abdomen.

5° Les indications de l'établissement de l'anus artificiel sont assez fréquentes et souvent aussi positives que celles de l'opération de la hernie étranglée.

6° Les deux opérations que j'ai pratiquées prouvent mieux que tout ce que je pourrais dire en faveur de ce procédé.

7° L'infirmité qui résulte de cette opération est beaucoup moins incommode qu'on ne le pense généralement, comme on peut s'en convaincre par les deux observations contenues dans ce mémoire.

8° Enfin, les praticiens doivent se préparer à être en mesure de pratiquer cette importante opération, qui doit prochainement, je l'espère, prendre rang dans la science comme celle de la hernie.

DEUXIÈME PARTIE.

DOCUMENS.

La difficulté que j'ai éprouvée pour me procurer les ouvrages qui contiennent des documens relatifs à l'objet de ce mémoire, m'a fait penser qu'il serait fort utile pour les praticiens de trouver réuni tout ce qui se rattache à l'importante question de l'établissement de l'anus artificiel dans la région abdominale. Je reproduis ici tous les documens, simplement classés dans l'ordre chronologique.

1710. — LITTRE.

PREMIÈRE INDICATION DE SA MÉTHODE.

Dans l'histoire de l'Académie des sciences pour l'année 1710, page 36, on trouve le passage suivant :

« Dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, M. Littre a vu le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets, longs environ d'un pouce ; ces deux parties séparées s'étaient fermées chacune de son côté par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient; apparemment le rectum n'ayant pas pris dans ce fœtus autant d'accroissement à proportion que les parties auxquelles il était attaché, avait été étendu et tiré avec violence, et enfin entièrement déchiré, à l'exception de quelques fibres plus fortes, qui étaient demeurées entières, quoique fort allongées; ce déchirement s'était fait dans le temps où le canal était encore vide ; et rien par conséquent n'avait empêché que les extrémités des deux parties séparées ne s'affaissassent et ne se collassent ensemble, ce qui avait fait les deux clôtures. Ensuite la partie supérieure de l'intestin s'était remplie de méconium, mais non pas en assez grande quantité pour être obligée de se rouvrir. Quant à la partie inférieure, elle avait toujours dû être, et était en effet entièrement vide. Il est aisé de concevoir quels accidens s'en suivaient de

cette conformation accidentelle, et combien la mort de l'enfant dut être prompte, puisque ses excrémens ne pouvaient sortir, et que tout ce qu'on lui faisait prendre pour le déboucher augmentait nécessairement le mal. M. Littre, qui a voulu rendre son observation utile, a imaginé et proposé une opération chirurgique fort délicate pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre, que l'on ne refermerait jamais, et qui ferait la fonction d'anus. Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons. Il suffit souvent de savoir en gros qu'une chose serait possible, et de n'en pas désespérer à la première vue. »

1776. — PILLORE de Rouen.

Pillore paraît être le premier qui ait osé appliquer les idées de Littre. Martin le jeune, dans un rapport qu'il fit à la Société de Médecine de Lyon, 1798, après avoir raconté le fait de Duret, dit, page 189, du recueil des actes de cette Société :

« Pillore, chirurgien de Rouen, émule et contemporain de Lecat, la fit aussi avec succès; mais son incision pratiquée à la région iliaque droite s'adressait au cul-de-sac du cœcum. »

Fine dit en note dans son mémoire sur l'entérotomie :

« J'ai inutilement demandé et fait demander à M. Pillore le père, très avancé en âge, et depuis sa mort à M. son fils, chirurgien à Rouen, des renseignemens sur le temps où cette opération a été faite, sur le cas qui l'a nécessitée, sur la manière dont elle a été exécutée ainsi que sur les suites qu'elle a eues. Je n'ai pu savoir autre chose, sinon que cette observation devait se trouver dans les papiers du défunt. Il est fâcheux que la médecine opératoire soit privée des détails d'une opération qui présente un grand intérêt et sur laquelle M. Martin n'a eu qu'une connaissance verbale. »

D'autres chirurgiens (Dupuytren, M. Velpeau) avaient aussi demandé inutilement des renseignemens à la famille de Pillore; moi-même dans un voyage que je fis dernièrement à Rouen, j'ai vu le fils et le petit-fils de Pillore qui sont aussi

chirurgiens dans cette ville. Ils n'ont pu me donner aucun renseignement sur ce fait intéressant; cependant, au moment d'imprimer mon mémoire, j'ai de nouveau insisté auprès de la famille à laquelle j'ai envoyé les documens de Martin et de Fine; elle a enfin trouvé l'observation précieuse qu'elle m'a donnée et que je reproduis ici :

Opération d'anus artificiel, par la méthode de LITTRE, sur un homme adulte qui a survécu vingt-huit jours.

« Le sieur Morel, marchand de vin, et maître de poste du Vert-Galant, route du pays de Brai, fut attaqué dans le courant de l'année 1776 de la difficulté d'aller à la garderobe; il ressentit d'abord quelques légères douleurs dans le fondement; elles devinrent un peu plus considérables sans être insupportables; mais la difficulté de cette déjection augmenta à tel point, qu'il en eut des inquiétudes qui le déterminèrent à venir à Rouen pour consulter et faire les remèdes nécessaires. Il s'adressa à M. Delaroche, médecin habile, qui lui conseilla les laxatifs ou purgatifs doux, qui, en liquéfiant les excrémens, en favorisèrent et en entretinrent l'issue pendant quelque temps. Mais, la difficulté augmentant toujours, il fut d'avis de lui faire avaler du mercure ou vif-argent en assez forte dose, afin que par sa masse il pût entraîner avec lui l'obstacle qui s'opposait à leur déjection. Le malade en effet en avala deux livres; on l'attendait tous les jours, mais il ne parut pas; la déjection alors était totalement supprimée, le ventre grossissait de jour en jour sans être douloureux et sans aucune inflammation. Dans cet état de cause je fus consulté (il y avait déjà un mois que le malade avait pris le mercure sans en avoir aucune révélation); je visitai d'abord l'intestin rectum, pensant bien que c'était de ce côté-là que devait être l'obstacle qui s'opposait à l'issue des excrémens, croyant même qu'il pouvait être formé par les excrémens eux-mêmes durcis et rassemblés dans cet intestin, comme je l'ai vu plusieurs fois arriver. Mais au milieu de cette espèce de bouchon, je trouvai la partie supérieure de l'intestin dure et squirrheuse formant un très gros bourrelet qui l'obstruait totalement; j'essayai des sondes et des canules de toute espèce et de tout calibre. Je continuai ces essais pendant plusieurs jours, mais inutilement. Dans cet état, c'est-à-dire le malade n'ayant rien rendu par cette voie, depuis plus d'un mois, et le ventre grossissant toujours malgré la diète austère qu'il observait, je lui proposai de

lui faire un anus artificiel. Il fut de mon avis et rapporta à cet effet l'exemple d'un homme de son voisinage qui, depuis plusieurs années, en avait un que la nature lui avait fait à la suite de l'étranglement d'une hernie inguinale. J'avais comme lui connaissance de ce fait, ainsi que de celui d'une femme en pareil cas et par la même cause; j'observerai ici en passant, et par forme de digression, que j'eus occasion sur l'un et l'autre de ces sujets de faire des expériences relatives à l'effet des purgatifs appliqués sur le velouté même des intestins; je les employai en poudre, en dissolution, et en infusion. On observera que l'intestin qui formait l'anus était renversé; il formait un appendice comme une espèce de boudin long d'environ un pouce, et était continuellement dans un état d'allongement et de raccourcissement pareil à celui d'un ver; mouvemens que j'ai vus augmenter sensiblement toutes les fois que j'appliquais des purgatifs, et qui étaient d'autant plus vifs que les purgatifs étaient plus forts; le velouté de ces intestins se recouvrait en même temps d'un mucilage plus ou moins abondant, et les deux sujets éprouvaient des sensations ou espèces de coliques analogues à ces mêmes effets.

» Nous terminerons là cette intéressante digression pour en revenir à notre sujet. Je me déterminai donc à faire l'opération; mais comme le cas était fort délicat, je fis prier cinq ou six de mes confrères de venir voir le malade pour en conférer avec eux; aucun ne fut de mon avis; mais le malade, homme de bon sens, présent à notre conférence, les pria de lui indiquer un autre moyen qui pût le sauver. Ils lui répondirent tous qu'ils n'en connaissaient aucun. « Eh bien! leur répondit-il, il faut bien avoir recours à l'opération, puisqu'elle seule peut me sauver, vous en convenez, et qu'il est de fait que ma maladie est mortelle. »

» Encouragé par des raisons aussi fortes, je fis l'opération en présence de messieurs mes confrères, et de six élèves pensionnaires que j'avais alors. J'avais choisi le cœcum comme celui des intestins qui était le plus propre à remplir mes vues tant par sa situation que parce qu'il nous fournissait un réservoir, et nous évitions par là l'écoulement continuel et involontaire des excrémens; une plaque garnie d'une éponge en forme de pelote, soutenue par une ceinture élastique, devait faire l'office de sphincter que le malade eût ouvert à volonté toutes les fois qu'il en aurait senti le besoin, et, au moyen d'un petit clystère, de temps en temps il aurait détergé ce réservoir. Nous avions conféré ensemble le malade et moi, et nous étions convenus de toutes ces choses avant l'opération. Je la fis donc. Je commençai par une incision transversale des tégumens un peu au-dessus du pli de l'aine; je la continuai obliquement de bas en haut; à la faveur du tissu cellulaire en sous-œuvre, j'arrivai à l'aponévrose du

muscle grand oblique du bas-ventre; je l'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des tégumens; je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à peu près de la même étendue; le fonds du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta, je n'eus pas la peine de le chercher; je l'amenai sans effort le plus en avant possible; là, soutenu par un aide et par moi, je l'ouvris transversalement et l'assujettis aux deux lèvres de la plaie par le moyen d'un point de suture que je fis à l'une et à l'autre avec deux aiguilles enfilées du même fil; je les passai de dedans en dehors et je coupai le fil par le milieu pour obtenir deux anses que je nouai tant supérieurement qu'inférieurement sur deux compresses pour empêcher le froncement des lèvres. Les matières sortirent abondamment; pour tout appareil j'appliquai de la charpie brute et des serviettes; je ne comprimai pas afin que l'issue des matières ne fût point interrompue; en effet elles coulèrent avec abondance pendant plusieurs jours; le ventre diminua considérablement de volume; mais comme le vif-argent nous donnait de l'inquiétude, et comme nous n'en avions vu paraître aucune parcelle, nous fîmes prendre au malade toutes les positions possibles pour procurer une pente aisée au mercure; cependant, nous n'en eûmes aucune révélation; depuis l'opération il s'était déjà écoulé quatorze ou quinze jours pendant lesquels la plaie avait suppuré, l'intestin s'était agglutiné avec les lèvres; j'avais retiré les fils qui l'avaient assujetti; tout en apparence était dans le meilleur état possible, lorsque le malade ressentit quelques douleurs vagues dans les différentes régions de l'abdomen; nous les attribuâmes d'abord à de l'air renfermé dans le canal intestinal; mais le malade inquiet disait toujours qu'elles dépendaient du mercure, et en conséquence continuait à prendre les positions propres à le faire sortir. Nous étions au vingtième jour lorsque le ventre qui était fort aplati se tuméfia et devint très douloureux. Nous appliquâmes des fomentations émollientes, et à la faveur de notre anus artificiel nous fîmes des injections dans l'intestin colon; deux saignées furent pratiquées; mais malgré tout, les symptômes allèrent en augmentant, et le malade mourut le vingt-huitième jour après son opération. J'en fis l'ouverture en présence des mêmes chirurgiens, tant confrères qu'élèves, et je trouvai ce qui suit :

» L'intestin cœcum, le commencement du colon jusqu'à la fin de son arc étaient sains et en bon état; l'intestin cœcum était agglutiné avec les lèvres de la plaie, excepté dans un de ses angles où s'était formée une fusée de suppuration dans le tissu cellulaire voisin, fusée qui n'avait au-

cune communication au dedans; l'intestin colon ouvert dans toute son étendue ne contenait que des glaires écumeuses; le bourrelet squirrheux qui formait la maladie première avait huit ou neuf pouces d'étendue, et occupait la fin du colon et le commencement du rectum; dans toute cette étendue le canal intestinal était totalement obstrué; le tissu cellulaire environnant était dur et squirrheux; du côté du rectum était une ouverture de quinze lignes de diamètre dont les bords calleux annonçaient une espèce d'ulcère chancreux qui fournissait des matières purulentes et fétides. Le tissu cellulaire du péritoine dans le voisinage des reins et des attaches du mésentère était suppuré sans collection de matières purulentes; sa portion membraneuse était enflammée et adhérente avec les replis des intestins qui l'avoisinent. Le vif-argent que le malade avait pris fut trouvé dans une des dernières circonvolutions de l'intestin jejunum qu'il avait entraîné par sa masse dans l'hypogastre derrière la vessie; il avait fait faire poche à la portion du calibre intestinal qui le contenait. Cette portion de l'intestin était enflammée et l'inflammation s'étendait au loin. Cette portion était parsemée d'espace en espace de taches gangréneuses; enfin le mercure s'y trouva en totalité, et n'avait rien perdu de son poids.

» Nous croyons qu'on peut conclure de cette observation que si le succès n'a point répondu à notre attente, l'on doit s'en prendre au mercure ou vif-argent; car il est très présumable que lorsque les intestins qui, à cause de leur grande dilatation, avaient perdu une partie de leur action, se furent vidés de matières stercorales, le mouvement péristaltique ne put être assez puissant pour chasser le mercure; alors survint un mouvement inverse ou rétrograde qui fut annoncé par les nausées et les coliques que le malade éprouva vers le vingtième jour de sa maladie; ajoutons le tiraillement produit sur le mésentère et sur les intestins par cette masse qui pesait deux livres, on ne sera pas surpris de l'inflammation gangreneuse qui a produit la mort du malade. »

1783. — Antoine DUBOIS.

Allan raconte brièvement le fait suivant dans un rapport qu'il fit sur un mémoire de Dumas, page 125, tome 3 du *Recueil Périodique de la Société de Médecine de Paris :*

« Antoine Dubois a fait, en 1783, l'essai du procédé de Littre, sur un enfant né depuis trois jours sans apparence d'anus. Cet enfant est mort dix jours après l'opération. A l'ouverture du petit cadavre, on trouva les bords de l'intestin consolidés à la circonférence de la plaie de l'abdomen. »

1793. — DURET.

Dans le *Récueil Périodique de la Société de Médecine de Paris,* tome 4, page 45, on trouve le fait si célèbre de ce chirurgien :

Opération d'anus artificiel, pratiquée avec succès par le procédé de LITTRE sur un enfant nouveau-né qui avait une imperforation de l'anus.

« Le vendredi, 18 octobre 1793, Marie Poulaouen, sage-femme à Brêles, commune de Plourain, ayant accouché l'épouse de Michel Ledrevès, laboureur, s'aperçut que l'enfant qu'elle venait de recevoir n'avait point d'anus, et que ses parties sexuelles étaient mal conformées; jugeant que dans cet état de choses le nouveau-né ne pouvait vivre longtemps, elle conseilla aux parens de le porter à Brest, pour y recevoir les secours de la chirurgie. Le samedi, à dix heures du matin, le père vint chez moi; j'examinai l'enfant; les parties de la génération étaient disposées de manière que le scrotum rentrait à l'endroit du raphé, et présentait deux parties égales, dont chacune contenait un testicule; au premier aspect on eût cru voir une fille; au périnée était le gland percé d'un méat urinaire, laissant sortir librement l'urine; l'endroit de l'anus n'offrait aucun indice de l'existence du rectum; la peau avait sa couleur naturelle et sa consistance; aucune tumeur n'avait lieu dans les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle; d'après cet examen je crus que cet enfant méritait l'attention des gens les plus instruits dans l'art de guérir; je convoquai à cet effet une assemblée de médecins et de chirurgiens employés dans les différens hôpitaux de la ville; la consultation se fit à l'hôpital de la Marine; les consultans furent d'avis d'ouvrir la peau à l'endroit où le rectum devait se rendre pour chercher cet intestin; l'opération n'eut pas de succès; je reconnus avec une sonde introduite dans le bassin que le dernier des gros intestins manquait absolument; alors (il était quatre heures de l'après-midi) l'enfant parut sans ressource : les vomissemens, la grosseur extraordinaire de son ventre, et le froid des extrémités inférieures, étaient autant de signes certains d'une mort prochaine; cependant, contre mon attente, le dimanche au matin l'enfant vivait encore; cela me décida à faire une seconde consultation, dans laquelle je proposai, comme une dernière ressource, pour prolonger la vie de cet être, la gastrotomie, et l'établissement d'un anus artificiel; pour donner plus de confiance en

ce moyen extraordinaire, je l'exécutai sur le cadavre d'un enfant d'environ quinze jours, que je pris à l'hôpital des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la dernière des fausses côtes, du côté gauche, et la crête de l'os des îles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue; elle découvrait la gibbosité du rein, et une petite région de la partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte; ensuite on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le ventre; il fut reconnu par l'ouverture de l'abdomen que, dans le fœtus, les parties latérales du colon ne sont pas hors du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un mésocolon, qui les rend libres et flottantes : cette circonstance fit rejeter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût donné lieu à un épanchement du méconium dans le ventre. L'assemblée, d'après cet essai, ayant prolongé la discussion aussi loin que pouvaient l'exiger l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la chirurgie, arrêta : 1° Que sans ce moyen extraordinaire, la perte de l'enfant était inévitable; 2° Que l'axiôme de Celse «il vaut mieux employer un remède douteux que d'abandonner le malade à une mort certaine, » trouvait ici son application; 3° Que les réflexions d'Hévin sur la gastrotomie n'étaient point contraires à cette opération, toutes les fois que la cause et le siège du mal étaient, comme ici, reconnus. J'ouvris le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'S du colon formait une tumeur, à la vérité peu apparente, et où le méconium semblait imprimer une couleur plus foncée à la peau; je donnai à cette ouverture à peu près un pouce et demi d'étendue; elle servit à introduire mon doigt index dans l'abdomen, avec lequel j'attirai au dehors l'S du colon; et dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le mésocolon deux fils cirés; ensuite j'incisai l'intestin en long; l'air et le méconium sortirent en abondance par cette ouverture; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité, j'appliquai l'appareil; il fut simple ; une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps le composèrent; dans la nuit du dimanche au lundi, l'enfant reposa parfaitement bien; ses vomissemens cessèrent, sa chaleur revint, et il téta plusieurs fois avec avidité; le lendemain de l'opération, les personnes qui avaient assisté la veille furent satisfaites du changement avantageux qu'elles aperçurent; les linges qui entouraient l'enfant étaient remplis de méconium, et sa voix, que jusqu'alors l'on n'avait pu distinguer, se fit entendre.

» Le troisième jour, les choses allant toujours de mieux en mieux, on engagea les parens de l'enfant à l'apporter deux fois par jour à l'hôpital de la Marine. Le citoyen Massac, chef d'administration, ayant le détail

de cet hospice, et le citoyen Coulon, commissaire-médecin, firent fournir les objets nécessaires aux pansemens de Ledrevès.

» Le quatrième jour, les excrémens sortirent jaunâtres, mais en petite quantité ; j'ordonnai un lavement avec de l'eau simple, et je fis prendre deux gros de sirop de chicorée, composé de rhubarbe : il produisit un bon effet en faisant aller le malade plusieurs fois à la selle.

» Le cinquième jour, les fils qui soutenaient l'intestin parurent inutiles; on les retira, car leur présence entretenait la malpropreté et la rougeur aux environs de l'anus artificiel.

» Le sixième jour, l'intestin, large d'environ un pouce, paraissait livrer passage aux tuniques internes; ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf de poule; on a essayé d'introduire une canule de plomb dans la fistule, tant pour s'opposer à une hernie consécutive, que pour entretenir une libre sortie aux excrémens; mais les cris de l'enfant ont fait différer l'emploi de ce moyen; l'instrument a reçu d'ailleurs toute la perfection des citoyens Moriers fils, habiles couteliers de cette ville.

» Le septième jour l'enfant était si bien, tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on l'a jugé n'avoir plus besoin que de propreté et d'une surveillance exacte de la part des personnes de l'art. Duret. »

1794. — DESAULT.

Dans le journal de ce chirurgien, tome 4, page 248, on a inséré l'observation suivante, qui a été publiée par Leveillé, élève de Desault, chirurgien au grand hospice d'Humanité :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui n'a vécu que quatre jours.

« Dans les premiers jours de germinal (an 11), on apporta à Desault un enfant mâle, né depuis quarante-huit heures, et qui n'avait point d'anus. Il était même impossible de distinguer précisément l'endroit où venait se terminer l'intestin rectum. Cependant rien ne fut épargné pour éviter une opération toujours dangereuse, et dont le succès est rarement assuré. Avant d'en venir à cette extrémité, Desault observa, avec la plus scrupuleuse attention, les mouvemens de la respiration, et surtout l'instant où l'enfant poussait quelques cris : jamais il ne put voir ni distinguer le point fixe où devait se terminer l'intestin rectum qui ne faisait aucune saillie au dehors, dans les momens où il devait être refoulé en bas par

l'action du diaphragme et celle de tous les autres muscles du bas ventre, sur les viscères contenus dans cette cavité. Il existait au contraire de chaque côté du raphé une dépression sensible, et les tubérosités sciatiques étaient beaucoup plus rapprochées que dans l'état naturel.

» Pour conserver les jours de cet enfant déjà languissant, il ne restait plus d'autre ressource que de lui pratiquer un anus contre nature, en ouvrant l'extrémité inférieure de la portion iliaque gauche du colon au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et la symphyse du pubis.

» L'opération fut donc pratiquée de la manière suivante : l'enfant fut couché sur le dos, et fixé par des aides. Desault fit ensuite aux tégumens seulement une incision longue d'environ trois travers de doigt. Sa direction était oblique, de haut en bas et de dehors en dedans. Elle commençait au niveau et à deux travers de doigt du côté interne de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et se terminait au-dessous de l'épine inférieure, dont elle était plus écartée. Cette première incision faite, on continua jusque dans la cavité abdominale, en coupant peu à peu le tissu cellulaire et les aponévroses, en se servant d'une sonde cannelée pointue. Bientôt Desault pénétra dans l'intérieur du bas-ventre. Le colon s'offrit alors distendu en partie par l'air, en partie par le méconium, auquel on donna issue en ouvrant cet intestin selon sa longueur, et dans la direction de la plaie faite aux parois du bas-ventre.

» Le pansement consista dans l'introduction d'une mèche de charpie longue dans l'intérieur de l'intestin. Le but de ce procédé était non seulement de rapprocher les parois de cet intestin contre la plaie extérieure pour qu'il y contractât des adhérences, mais encore de ménager une ouverture par où les matières fécales auraient pris leur cours dans la suite.

» Les succès qui ont couronné les tentatives de quelques praticiens dans des cas semblables à celui dont nous parlons n'ont pas été les mêmes dans cette opération à laquelle le malade n'a survécu que quatre jours.

» L'ouverture du cadavre fut faite en public; on y apporta toutes les précautions convenables : Desault fit aux parois du bas-ventre un lambeau triangulaire dont le sommet commençait au-dessus de l'anneau ombilical, et dont la base s'étendait depuis l'épine antérieure de l'os des hanches, d'un côté, jusqu'à celle du côté opposé. Ce lambeau renversé sur le pubis laissa voir les vaisseaux ombilicaux qui n'étaient pas encore oblitérés. On a ensuite détruit tout le tissu cellulaire qui unissait le colon aux parties environnantes.

» Cet intestin a été lié au-dessous de l'endroit où se terminait l'incision qu'on y avait faite quatre jours auparavant, ayant, avant tout, rempli d'air tout cette portion inférieure. La vessie a de même été dilatée par l'air qu'on y a maintenu en faisant une ligature à la verge. Ces deux viscères se correspondaient comme dans l'état naturel; du moins on n'a aperçu aucun changement sensible.

» Après avoir fait une incision transversale à la vessie, un enduit peu épais et ressemblant à du méconium épanché s'est présenté dans le bas-fond de ce viscère. Là se trouvait, entre l'orifice des deux uretères, un repli peu considérable, dans le centre duquel on a découvert une très petite ouverture qui communiquait avec le rectum et dont le diamètre était si petit, qu'à peine a-t-on pu y porter un stylet de grosseur médiocre. D'après une dissection aussi exacte, il n'a pas été possible de voir d'autres ouvertures du rectum. Il adhérait aux parties voisines par des prolongemens d'un tissu cellulaire serré et comme ligamenteux.

» Desault conservait dans son *musæum chirurgicum* cette pièce curieuse, modelée par le citoyen Bertrand, artiste habile, connu par l'exactitude et la ressemblance parfaite avec laquelle il a imité en cire les effets physiques de plusieurs maladies.

» Les imperforations de l'anus ne doivent pas être regardées comme des maladies très rares, quoiqu'elles ne doivent pas être mises au nombre de celles qui passent pour très communes. Il est peu d'auteurs qui n'en aient parlé, et presque tous les célèbres praticiens en ont observé.

» Quelques-uns ont vu le rectum ou le colon communiquer dans la vessie. On en lit un exemple dans les nouvelles littéraires d'Allemagne, (année 1703). Roonhuis dit avoir été appelé pour un enfant nouveau-né qui n'avait pas d'anus, et qui rendait le méconium par la verge. Morand fait mention d'un enfant qui vécut douze jours, et qui rendait le méconium par la verge. A l'ouverture du cadavre, le rectum qui s'ouvrait dans le col de la vessie était dilaté trois fois au-delà de sa capacité naturelle. D'autres enfin nous ont transmis des observations qui prouvent aussi que l'intestin peut communiquer dans le vagin. Daubenton, célèbre naturaliste d'aujourd'hui, dit avoir vu un enfant monstrueux, qui manquait d'anus, et dans lequel le rectum communiquait par une extrémité fort étroite dans un vagin commun à deux matrices. De Jussieu fait mention, dans l'histoire de l'Académie des Sciences (année 1719) d'une petite fille, âgée de sept à huit ans, qui rendait les excrémens par la vulve. On lit le récit d'un fait semblable dans les commentaires de Wan Swieten.

» Dans ces cas difficiles, fera-t-on une incision à l'endroit où doit se

trouver l'intestin rectum? qui peut être assuré du succès? quelquefois l'intestin rectum n'existe pas; c'est ce que rapporte Ruisch. D'autres fois il est divisé en deux parties affaissées et collées, de manière que les excrémens contenus dans le bout supérieur ne peuvent communiquer dans l'inférieur et faire saillie à l'anus; c'est encore ce que nous apprend Littre dans une observation anatomique, consignée dans les Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1710, page 36.

» Si le rectum n'est formé que par une membrane peu épaisse, si le méconium amassé forme une tumeur au dehors, il faut faire une ouverture assez ample. Cette opération est presque toujours heureuse. Zacutus Lusitanus, Morgagni, Roonhuis, Desault et beaucoup d'autres l'ont pratiquée avec succès. J. L. Petit n'a pas été aussi heureux. Ce célèbre praticien a fait plusieurs opérations de ce genre, et quoique parvenu jusqu'au rectum, quoiqu'il eût donné issue au méconium, ses malades n'ont pas survécu.

» Il arrive quelquefois que, malgré toutes ces tentatives, on ne parvient pas dans le rectum : c'est ce qui est arrivé à Holtzachus, à H. V. Saden, à Kaltschmied, comme il le rapporte dans un petit ouvrage intitulé : *De raro casu, ubi intestinum rectum in vesica urinaria insertum sit. Edit. Ienae*, 1756; enfin à Pierre Adriani.

» Pour obvier à tous ces inconvéniens fâcheux, Littre a entrevu la possibilité d'ouvrir l'intestin dans la capacité abdominale. Il imagina et proposa cette opération délicate pour le cas où on reconnaîtrait une conformation semblable à celle que nous venons de rapporter. Sans donner aucun détail, ce célèbre médecin s'est contenté de dire qu'il serait possible de faire venir la partie supérieure de l'intestin vers la plaie du ventre que l'on ne fermerait pas, et qui ferait les fonctions d'anus.

» Dans le cas qui s'est présenté au grand hospice d'Humanité, et que nous rapportons ici, il est hors de doute qu'on ne devait pas hésiter à pratiquer l'opération proposée par Littre. Desault s'y détermina sans peine, après avoir examiné avec soin l'état des parties au dehors, et s'être convaincu, par l'expérience des autres, qu'il aurait peine à parvenir jusqu'au rectum, en incisant au-devant du coccix et entre les tubérosités de l'ischion, dans l'intervalle desquelles on n'observait aucune trace de la présence de l'extrémité de l'intestin.»

1797. — DUMAS.

Dans le *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris*, tome 3, page 46, on trouve le mémoire suivant, que je reproduis en entier :

« Observations et réflexions sur une imperforation de l'anus, par C.-L. Dumas, professeur de l'École de Santé de Montpellier, lues à la Société, le 22 messidor an v.

» La nature se livre quelquefois à des aberrations si étranges qu'on serait tenté de la croire inconstante ou aveugle, si les preuves de son uniformité et de son intelligence ne se manifestaient suffisamment dans ses productions ordinaires. Une de ces erreurs les plus graves est, sans contredit, le vice de conformation dont je vais vous entretenir.

» Aristote, Hildanus, Holtrachius, Mercurialis, Sennert, Ruisch, Hosthes, Bonnet, Morgagni et plusieurs autres, ont multiplié les exemples de ces écarts, sans indiquer aucun moyen pour les corriger ou pour les adoucir. Ils se sont contentés de nous faire apercevoir les ressources infinies que la nature trouve en elle-même contre les vices d'une organisation défectueuse; mais ils ont gardé le silence sur les moyens que l'art peut opposer à de semblables accidens. Les procédés opératoires que l'on a employés dans la vue de les détruire ne peuvent point avoir toujours l'avantage que l'on se propose en les appliquant. Étudions ceux de la nature; et voyons si, en tâchant de les copier et de les suivre, nous gagnerons, par une imitation heureuse, ce qu'on ne saurait obtenir par un attachement aveugle à des méthodes anciennes et insuffisantes.

» Le 16 juillet 1790, la femme Maurin mit au monde un enfant qui annonçait la meilleure santé. Son embonpoint, la fermeté de ses membres et le volume de son corps auraient fait croire, au moment de sa naissance, qu'il était âgé de plusieurs mois; vingt-quatre heures se passèrent sans qu'il pût rendre le méconium; mais, au bout de ce temps, l'enfant devint inquiet; il commença à redoubler ses cris; son bas-ventre se tuméfia, sa peau rougit sensiblement, surtout dans la région de l'abdomen; sa respiration parut difficile; son état faisant craindre pour sa vie, on me pria de l'examiner. Les cris aigus et plaintifs, la rougeur de la face, le travail de la respiration, les mouvemens des muscles abdominaux, le bruit sourd que je produisais en frappant légèrement le bas-ventre, les indices d'une irritation intestinale, tout m'annonça un désordre dans

quelque partie des intestins, et je m'attachai à en rechercher la cause. Examinant l'enfant, je trouvai l'anus absolument clos, et à l'endroit de son ouverture naturelle, j'aperçus un pli qui formait sur la peau une trace semblable à celle d'une cicatrice. Cette trace offrait des rides de chaque côté, et la ligne du milieu faisait sentir plus de résistance et de dureté. Je fis appeler Estor, chirurgien, pour qu'il m'aidât de ses conseils et de son ministère; nous tentâmes de faire une ouverture avec la lancette en dirigeant sa pointe le long de cette ligne qui répondait à la partie moyenne de la suture; car nous présumions que cette imperforation de l'anus était produite ou par la peau, ou par une membrane particulière, étendue sur l'orifice inférieur de l'intestin. Notre première tentative n'ayant pas réussi, je portai le bout du doigt dans la plaie, et je le poussai aussi loin qu'il me fut possible, pour chercher l'extrémité de l'intestin rectum; ce fut inutilement. Je ne pus rien découvrir; mon doigt se sentit toujours arrêté par la résistance que lui opposaient les tubérosités des os ischion. Une sonde successivement introduite par le chirurgien et par moi éprouva la même difficulté à franchir le même obstacle; alors nous nous déterminâmes à donner un coup de troicart dans la direction de l'intestin. Nous portâmes donc l'instrument de manière que la pointe fût un peu dirigée vers le sacrum, en l'écartant de la vessie, pour rencontrer la partie antérieure du rectum. Cette tentative fut infructueuse comme les précédentes. Nous engageâmes enfin dans l'incision un bistouri recourbé, en forme de cathéter, et après l'avoir introduit suivant la même direction que nous avions donnée au troicart, nous vîmes qu'il ne pouvait atteindre le rectum, et que dès lors nous ne pouvions pas nous permettre de diviser cet intestin. Dans le cours de la journée, l'enfant avait rendu un peu de méconium par le canal de l'urètre. Voyant la perte de l'enfant décidée, je proposai à Estor de pratiquer un anus artificiel vers l'extrémité gauche du colon. Il approuva mon idée, mais il n'eut pas le courage de l'exécuter, parce que les parens semblaient y répugner : il craignait de compromettre sa réputation par les suites d'une opération aussi importante, dont le succès semblait fort incertain. L'enfant mourut le troisième jour de sa naissance; nous procédâmes à l'ouverture du cadavre. Après avoir fait une incision dans la région iliaque gauche, nous mîmes à découvert la partie inférieure du colon qui se présenta la première, et qui, par conséquent, était contiguë à la lame interne du péritoine. Cet intestin était boursoufflé par l'air, et plein de matières liquides et gazeuses. Il occupait un espace considérable et faisait saillie vers les muscles abdominaux; il eût été dès lors bien facile d'établir un anus artificiel, qui aurait au moins pro-

longé la vie du sujet, en même temps qu'il eût fourni à la science une observation intéressante et rare. Le bas-ventre entièrement ouvert, nous vîmes que le rectum, ou son origine, était resserré, et ne formait qu'un corps dur et peu flexible. Sa direction, au lieu d'être perpendiculaire, se trouvant oblique, par cette inclinaison, il venait joindre la partie latérale gauche du col de la vessie. Ce corps dur était néanmoins légèrement creux, de manière à pouvoir y faire pénétrer un petit stylet; il se portait ensuite vers l'origine du canal de l'urètre, avec lequel il communiquait; aussi avons-nous observé que l'enfant rendit la veille de sa mort un peu de méconium par la verge. L'intestin se rétrécissait de plus en plus, jusqu'à ce qu'il se terminât en cul-de-sac, après s'être collé par une double adhérence à la crête des os pubis, en sorte que l'origine du canal de l'urètre et la crête des os pubis présentaient deux points d'insertion qui, fixant l'extrémité inférieure de l'intestin rectum, empêchaient qu'il s'ouvrît extérieurement.

» L'ouverture de ce cadavre et les observations qu'elle fournit doivent ranger cette imperforation de l'anus parmi les faits nombreux dans lesquels on a trouvé l'intestin rectum ou coupé, ou fermé, ou rétréci et obstrué, ou altéré et confondu avec les parties environnantes. Tels sont tous les exemples de rectum rétrécis et terminés par une espèce de canal dénaturé. Hottinger a vu cet intestin formé par un conduit étroit, semé de rides, dont le diamètre, à peine sensible, semblait plutôt un petit appendice du colon. Tout le monde convient que, dans une imperforation dépendante d'une cause semblable, on n'a rien à espérer de l'opération ordinaire : il serait inutile de la tenter; vainement chercherait-on par son secours à rétablir l'ouverture extérieure qui manque; elle ne saurait obvier à l'étroitesse de l'intestin; et tout procédé qui n'ouvre point un autre passage aux matières est inadmissible dans ce cas.

» Si nous examinons ce que fait la nature pour remédier à ces conformations vicieuses, nous verrons qu'elle s'ouvre ailleurs des voies dans l'intention de suppléer à celles qui lui manquent : elle dirige sur d'autres organes excrétoires ces matières excrémentitielles qui doivent sortir par ceux qu'elle n'a pas. Mercurialis a vu une jeune fille née sans anus, qui rendait ses excrémens par le vagin. Hartmann cite une observation semblable, faite sur une fille âgée de six mois, qui, manquant d'anus, n'avait pour rendre les matières fécales qu'une ouverture ménagée aux lèvres de la vulve; le rectum était caché sous le vagin; l'enfant jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. Van Swieten dit avoir connu une fille qui était parvenue à l'âge de puberté, et qui n'avait cessé de rendre ses excrémens par cette voie. On lit dans Morgagni qu'il a entendu raconter

par Isaac Castarinus, qu'une femme était parvenue jusqu'à sa centième année, sans que l'intestin rectum eût jamais eu d'ouverture extérieure, parce que la vulve faisait chez elle l'office de cet organe. Bonnet rapporte trois observations, d'après lesquelles il conte que l'intestin rectum pénètre quelquefois dans la vessie, et que les matières fécales peuvent passer par les urines. A cette occasion, Morgagni parle d'une fille qui ne rendait rien par l'anus, tandis que ses excrémens sortaient tous dans un état de dissolution avec les urines. Wrisberg, professeur de Gottingue, a rapporté et fait graver un exemple remarquable de ce cas; l'enfant dont il parle vécut pendant huit jours; il rendit le méconium mêlé à ses urines, et l'on trouva que le rectum s'ouvrait dans la vessie, près l'insertion des uretères. On lit dans les mémoires de l'Académie de Paris, 1755, l'observation d'un enfant né sans anus, chez lequel le méconium sortit par l'urètre, parce que l'intestin s'ouvrait dans le cou de la vessie. Parmi les pièces curieuses du cabinet d'histoire naturelle de Paris, Daubenton place les parties naturelles d'un enfant monstrueux qui manquait d'anus, et dont le rectum se terminait par une extrémité fort étroite dans un vagin commun à deux matrices. De Jussieu dit qu'il a connu une fille âgée de sept à huit ans, chez laquelle la vulve servait à la sortie des excrémens. De semblables faits accumulés dans les écrits de tous les observateurs prouvent que la nature a la faculté de substituer un organe différent à l'intestin rectum, lorsqu'elle en est dépourvue, et que les matières excrémentitielles peuvent prendre d'elles-mêmes une autre direction. Mais si la nature ne suffit pas à elle-même, et si elle n'ouvre pas aux excrémens la route dont ils ont besoin, il faut que l'art vienne à son secours, et qu'il imite ses procédés: or, on ne peut l'imiter qu'en faisant, par des moyens artificiels, l'ouverture qu'elle produit souvent elle-même par ses propres efforts. C'est donc avec raison que je proposai l'établissement d'un anus artificiel pour suppléer celui que la nature avait omis d'ouvrir. Ne serait-il pas quelquefois plus sûr de pratiquer cette opération, que de se borner à inciser les parties qui ferment l'intestin rectum? Une telle incision ne peut être d'aucune utilité lorsque l'intestin manque absolument, comme dans mon observation et dans celle de Bonnet. Elle ne sera pas d'un grand avantage lorsqu'il n'existe aucune trace d'intestin, comme dans une autre observation de Bonnet, et dans une de Ruisch, qui vit deux enfans chez lesquels l'intestin rectum manquait en totalité. Il arrive quelquefois que la partie inférieure de l'intestin rectum existe, tandis que l'autre partie est remplacée par un second intestin qui, au lieu d'aller à l'anus, s'incline vers l'os sacrum pour se terminer par un appendice dur et complètement bouché, ainsi que l'a vu Pierre

Vagnier. C'est sans doute dans des cas analogues que la nature se fait elle-même des ouvertures artificielles sur les parois de l'abdomen, pour remplacer le véritable anus. Méri a consigné dans les mémoires de l'Académie des sciences, an 1700, l'histoire d'un enfant monstrueux qui n'avait point d'anus, mais dont le colon se terminait à l'ombilic et y formait un anus artificiel. Puisque la nature nous enseigne à suppléer l'ouverture extérieure du rectum par une ouverture d'un autre genre, ne devrions-nous pas suivre plus souvent la leçon qu'elle nous donne ; ne pourrait-on pas, en négligeant l'opération usitée dans les cas ordinaires d'imperforation, en essayer une qui obtiendrait peut-être plus de succès dans un grand nombre de circonstances? Elle consisterait à faire une incision sur l'endroit du bas-ventre qui répond à l'extrémité inférieure du colon, et le plus près possible de son insertion au rectum ; à ouvrir cet intestin; à fixer l'ouverture au moyen d'un fil, et à l'assujettir, comme on le pratique dans l'opération de la hernie, lorsque l'intestin gangrené ouvre une voie contre nature aux excrémens. L'incision devrait être faite de manière qu'elle suivît la direction des fibres musculaires, afin d'éviter l'effet de la force contractive qui tend à les rétablir dans leur premier état, et qui s'opposerait dès lors à ce qu'on pût maintenir ouvertes les parties incisées.

» Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heureuse sont plus communs qu'on ne pense. Une telle opération ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie presque toujours incurable, qui consiste dans un rétrécisssement du rectum à quelques pouces au-dessus du sphincter de l'anus, lequel ne laisse de passage qu'aux excrémens liquides? Ruisch, Bonnet, Morgagni en ont cité beaucoup d'exemples : Sherhwin en a donné une observation dans les mémoires de la Société de Londres; Broussonet père, professeur de l'ancienne université de Montpellier, a eu une occasion de l'observer deux fois, et il est parvenu à la guérir par l'usage non interrompu des lavemens et des boissons d'eau froide. Lorsque le mal a fait des progrès, l'abdomen se tuméfie, les tégumens rougissent, le malade souffre de violentes douleurs dans les intestins; les excrémens retenus ajoutent à l'irritation produite par l'état spasmodique du rectum; il survient des vomissemens; le malade périt au milieu de la passion iliaque. Les auteurs regardent cette maladie comme incurable; ils se bornent à proposer des moyens palliatifs. Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artifiel ne réussît mieux à prévenir les suites fâcheuses de cette affection, et à suspendre au moins la mort du malade, devenue nécessaire sans ce secours. »

1797. — ALLAN.

Dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome 3, page 123, on a publié le premier rapport qui fut fait sur le mémoire précédent :

« Rapport sur les observations et réflexions de Dumas, relatives aux imperforations de l'anus, par Allan.

» Le travail dont nous avons à rendre compte présente un cas d'imperforation de l'anus qui semble dévouer à une mort précipitée l'enfant qui vient de naître, quoique bien constitué d'ailleurs. Si en effet on consulte les livres de l'art; si on réfléchit à tous les procédés que l'on a tentés jusqu'à présent pour corriger l'espèce d'imperforation qu'a observée notre collègue Dumas, afin d'ouvrir la voie que la nature a coutume de suivre pour l'excrétion des matières stercorales, il est démontré qu'aucun de ces procédés n'a eu de succès.

» Il est à regretter que le citoyen Estor, qui opérait sous les yeux de Dumas, n'ait point eu le courage de pratiquer un anus contre nature, comme ce dernier venait de le concevoir et de le proposer. Mais il faut le dire, l'enfant était fatigué par des incisions de toutes espèces que l'on avait faites inutilement pour ouvrir l'extrémité de l'intestin rectum; l'opération était grave et sans exemple connu à cette époque : si le succès n'eût pas répondu à l'attente, le vulgaire ignorant, qui ne juge que sur les apparences, n'aurait pas manqué de verser le blâme sur celui qui ne l'aurait pourtant fait que dans l'espoir de sauver un malade désespéré.

» Les réflexions de Dumas, accompagnées de recherches intéressantes, pour prouver l'inutilité des incisions pratiquées jusqu'à présent dans la vue d'atteindre le rectum par l'endroit où il a coutume d'aboutir, sont on ne peut plus judicieuses : elles démontrent évidemment que dans les circonstances pareilles à celle où il s'est trouvé, il n'y a d'autre ressource que d'établir un anus artificiel à l'intestin colon. C'est ce qui lui fait dire, en citant l'observation de Méry : Puisque la nature nous enseigne à suppléer l'ouverture extérieure du rectum par une ouverture d'un autre genre, ne devrions-nous pas suivre plus souvent les leçons qu'elle nous donne? ne pourrait-on pas, en négligeant l'opération usitée dans les cas ordinaires d'imperforation, en essayer une qui obtiendrait peut-être plus de succès dans ce grand nombre de circonstances? De là il propose d'inciser la portion inférieure du colon, de la fixer par un fil à la plaie extérieure des tégumens, etc.

» Cette idée d'inciser la partie inférieure du colon n'est point nouvelle. Littre a proposé cette opération en 1720, dans son observation anatomique insérée dans les Mémoires de l'Académie des Sciences; et à cette occasion nous faisons ici une remarque : qu'aucun de ceux qui ont écrit depuis Littre sur l'imperforation de l'anus n'a fait mention du projet d'opération que propose cet illustre anatomiste. J. L. Petit, son contemporain, qui a fait un Mémoire *ex professo* sur cette matière, n'en parle aucunement. Selon lui, selon Heister, Morgagni et autres, toutes les fois qu'on ne peut parvenir, soit avec le troicar, soit avec le bistouri, ou autrement, jusqu'au rectum pour l'ouvrir, l'enfant est condamné à périr. Lafaye, qui a fait des remarques si importantes sur les opérations de Dionis, ne s'en est pas même occupé. Il n'y avait donc alors que Littre seul capable de concevoir un projet d'opération aussi hardie; lui seul sentait qu'il était possible de la tenter avec quelque espoir de succès. Il a publié son idée, le temps devait la mûrir.

» Nous avons cru jusqu'à présent que Desault était le premier qui ait osé mettre en pratique ce que Littre n'avait fait que proposer ; mais des renseignemens nous apprennent que notre collègue Antoine Dubois en a fait l'essai au mois de décembre 1783, sur un enfant né depuis trois jours, sans apparence d'anus : cet enfant est mort dix jours après l'opération. A l'ouverture du petit cadavre, on trouva les bords de l'intestin consolidés à la circonférence de la plaie de l'abdomen. Dubois conserve cette pièce anatomique dans l'esprit-de-vin. On ne peut refuser aux deux praticiens que nous venons de citer, d'avoir les premiers ouvert la carrière. Desault fit cette opération au commencement de germinal an 2 (avril 1794), sur un enfant né depuis quarante-huit heures. A l'examen de cet enfant, Desault reconnut que ce serait en vain qu'il tenterait des incisions à l'endroit où l'anus devait exister; il pratiqua l'incision conseillée par Littre; l'enfant mourut quatre jours après; mais l'examen anatomique justifia pleinement la conduite de Desault. Notre collègue Léveillé, qui a rapporté ce fait dans le quatrième volume du *Journal de Chirurgie* page 248, entre dans les plus grands détails à ce sujet. Le procédé de Desault y est décrit avec tant de précision, que nous nous croyons obligé de le transcrire ici tel qu'il est. (Voyez l'observation de DESAULT par LÉVEILLÉ, p. 91.

» Notre collègue Sabatier, qui, dans sa Médecine opératoire, a rassemblé les découvertes les plus nouvelles et les plus intéressantes, en parlant du projet d'opération proposé par Littre, nous apprend que le citoyen Duret, l'un des premiers chirurgiens de la marine à Brest, a fait cette même opération avec un succès complet. Cette observation, qui n'est point consignée ailleurs que dans l'ouvrage que nous citons, mérite

trop d'être connue pour ne point en parler ici. (Voyez l'observation de DURET, page 89.)

» Après cette observation, Sabatier ajoute que Callisen, chirurgien distingué à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie descendante du colon dans son trajet le long de la région lombaire gauche, où il suppose qu'elle est en quelque sorte au dehors de la cavité du péritoine. L'incision, selon Callisen, devrait être faite entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, parallèlement au bord antérieur du muscle carré des lombes, que l'anus contre-nature qui en résulterait serait moins défavorable, parce que le sujet pourrait se garnir plus aisément, et que son infirmité serait plus éloignée des organes de la génération.

» Notre collègue ajoute que Callisen a essayé cette opération sur un enfant mort avec le rectum imperforé, sans apparence d'anus, et que, comme il n'avait pas bien pris ses dimensions, il ouvrit le péritoine et pénétra dans le ventre; qu'il fit une nouvelle incision plus en arrière, et parvint au colon comme il se l'était proposé; que Callisen ne dissimule point que ses doigts, qu'il avait introduits dans la première incision, lui furent très utiles.

» Tout en louant le projet, à cause de son but, Sabatier pense que les difficultés que présente son exécution ne sont point compensées par le faible avantage qui pourrait en résulter; il ne croit point que la position du colon dans les enfans du premier âge soit telle que le suppose Callisen: il pense au contraire que cet intestin est retenu par un lien membraneux et lâche, de la même nature que le mésocolon, ce qui le rend en quelque sorte flottant dans le ventre : d'où il conclut qu'il vaudrait mieux s'en tenir à l'opération de Littre, qui, plus facile à pratiquer, a eu entre les mains de Duret un succès dont il n'est pas possible de douter.

» *Quoi qu'il en soit, nous pensons que le procédé de Callisen mérite d'être médité, et que si on parvient à le rendre sûr et facile, les suites en seront infiniment moins désagréables et moins incommodes pour ceux qu'il aura rendus à la vie.* »

1798. — MARTIN (1).

Dans le recueil des actes de la Société de Santé de Lyon,

(1) « Le citoyen Dumas avait communiqué une observation sur une imperforation de l'anus aux Sociétés de médecine de Paris et de Lyon, à peu près à la même époque; la Société de Paris a fait imprimer l'observation dans le n° 13 de son Recueil, et l'on trouve dans le n° suivant un rapport sur cette observa-

page 180, on trouve le rapport suivant qui a été fait aussi sur le mémoire de Dumas.

« Rapport sur une imperforation de l'anus, communiqué à la Société de médecine de Lyon, par le citoyen Martin le jeune.

» Un enfant naît avec un anus oblitéré à une hauteur telle qu'il est impossible de rétablir cette ouverture dans sa place naturelle en tentant des incisions dans le lieu qu'occupe ordinairement l'anus ; le méconium coule avec les urines en petite quantité, preuve certaine que l'intestin communique avec les voies urinaires ; les tubérosités ischiatiques, singulièrement rapprochées, annoncent un défaut de conformation qui s'étend aux os les bassin.

» Estor, chirurgien, fait plusieurs tentatives inutiles, l'enfant meurt : Dumas, considérant l'impossibilité de rétablir l'ouverture naturelle, propose de pratiquer un anus artificiel en faisant une incision au colon à travers les tégumens du bas-ventre.

» Nous commencerons à rendre à l'observateur le juste tribut d'éloges qu'on doit à son travail ; l'érudition vaste et sûre, qui fait le caractère principal de toutes ses productions, se retrouve dans celle-ci de la manière la plus brillante ; ses réflexions sont judicieuses, sages, conformes aux préceptes de l'art chirurgical, et déduites des connaissances anatomiques les plus exactes, et quoique le procédé curatoire qu'il indique ne soit pas nouveau à tous égards, nous sommes entièrement persuadé qu'il l'a réellement conçu par lui-même, amené à cela par les voies de l'analogie qu'il indique, et par le sentiment profond d'amour de l'humanité qui dirige tour à tour ses études sur toutes les parties de l'art chirurgical.

» Persuadé que le devoir des rapporteurs ne se bornait pas à une simple analyse du fait observé et des réflexions présentées par l'auteur, nous avons fait porter notre examen :

» 1° Sur le fait et ses variétés.

» 2° Sur les opérations pratiquées inutilement par le chirurgien Estor.

» 3° Sur celles qu'on aurait pu faire peut-être avec plus de fruit en suivant pour arriver à l'intestin la route indiquée naturellement par l'issue du méconium.

tion par Allan. La Société de Lyon s'était pareillement fait faire un rapport sur cet objet par Martin le jeune. Comme ce rapport présente quelques résultats que l'on ne trouve que dans celui d'Allan, nous le donnons ici en renvoyant, pour la lecture de l'observation originale, au n° 13 du Recueil de la Société de médecine de Paris. » (Note de l'éditeur.) »

» 4° Sur l'opération proposée par le citoyen Dumas, sur ceux qui l'ont proposée avant lui, sur ceux qui l'ont exécutée.

» 5° Enfin sur le parallèle des lieux où cette opération peut être pratiquée avec le plus d'avantage, soit dans l'imperforation de l'anus, soit dans le resserrement squirrheux du rectum.

» Si nous ne nous sommes pas toujours trouvés d'accord avec l'observateur en tous points, on doit considérer nos opinions sous le rapport personnel de ceux qui les émettent, et les méditer sérieusement avant de les approprier à la société ; d'abord parce que cette matière est peu connue ; ensuite parce que la sagacité et les vastes connaissances de l'observateur doivent exciter davantage une sorte de prévention en faveur de son travail.

» Voici le résultat de notre examen :

» L'imperforation de l'anus n'est pas un de ces accidens rares, sur lesquels l'art ne s'est pas suffisamment exercé faute d'observation ; les exemples, ainsi que l'a remarqué le citoyen Dumas, en sont très multipliés ; mais cet accident se présente sous des nuances différentes qui n'ont pas été classées, et de ce défaut d'ordre naît probablement l'incertitude des moyens curatifs, conseillés ou employés jusqu'ici.

» Nous pensons donc qu'il est nécessaire de réduire à trois espèces principales les imperforations d'anus.

» La première et la plus simple consiste dans la clôture de l'anus par une membrane plus ou moins épaisse, semblable en quelque sorte à l'hymen qui bouche la vulve dans quelque cas; cette membrane est parfois percée d'un trou qui laisse transsuder le méconium.

» La deuxième est celle dans laquelle toute chose semblant être dans l'état normal, l'intestin rectum se trouve fermé à une certaine hauteur, soit par une production membraneuse, soit par l'agglutination de ses parois; on en cite un exemple dans les mémoires de l'académie de chirurgie, tome 2; cette conformation vicieuse que l'absence des évacuations méconiales, et les symptômes dépendant de leur rétention, font soupçonner, se reconnait par l'introduction du petit doigt, si l'obstacle est à sa portée, et dans le cas contraire par l'introduction de la sonde. Nous proposerions encore, pour acquérir quelques lumières lorsque le diagnostic de la sonde est incertain, quelques petits lavemens dont la matière regorgerait immédiatement.

» La troisième espèce qu'on peut regarder comme la plus dangereuse consiste dans l'oblitération parfaite de l'extrémité inférieure du canal alimentaire, soit que l'agglutination des parois de l'intestin existe jusqu'à une certaine hauteur, soit que cet intestin retréci et dévié de sa position

naturelle aille s'ouvrir, tantôt au bas fond de la vessie, tantôt dans le canal de l'urètre, et souvent chez les sujets du sexe féminin, dans quelques points de l'étendue du vagin.

» Une cicatrice solide tenant lieu de l'ouverture de l'anus traversée par la continuation de la ligne raphée ordinairement rentrante, et souvent ridée, indique cette espèce qui est presque toujours accompagnée d'un défaut de conformation dans le bassin, et d'un rapprochement singulier des tubérosités ischiatiques.

» Nous ne placerons point dans ce rapport les signes caractéristiques de chacune de ces espèces, l'histoire de leur nuance et des moyens divers par lesquels l'art redresse ces écarts, et répare les erreurs de la nature.

» Le cas de l'observation de Dumas est de la troisième espèce ; nous pensons, comme lui, que toutes les manœuvres ou opérations tendant à établir le canal dans le lieu ordinaire, pratiquées sur la cicatrice qui tient lieu d'anus, doivent être rejetées parce que toutes les tentatives faites jusqu'ici ont été infructueuses et mortelles, si on en excepte le cas unique cité par Saviard, et l'on sait qu'un exemple isolé de succès ne peut faire règle.

» Avant que d'examiner les ressources que l'on peut tirer de l'opération proposée par le citoyen Dumas, et longtemps avant lui par Littre et Desault, nous allons hasarder une vue qui nous parait neuve et qui nous a été fournie par la nature de l'observation que nous analysons.

» Le citoyen Dumas dit que l'enfant rendait le méconium avec les urines, preuve que l'appendice intestinal s'ouvrait dans la vessie , ou dans les parties adjacentes.

» On trouve dans les auteurs quelques exemples de faits pareils.

» Roonhuis (nouvelle littérature d'Allemagne) rapporte avoir connu un enfant qui, n'ayant pas d'anus, rendait le méconium par l'urètre ; la même circonstance se rencontre dans le sujet cité dans le journal de Desault. Morand fait mention d'un enfant qui était dans le même cas, et qui vécut douze jours ; l'ouverture du cadavre fit voir le rectum s'ouvrant au col de la vessie, et dilaté trois fois au delà de sa capacité naturelle.

» Les éphémérides d'Allemagne parlent aussi d'un enfant semblable ; Bonnet cite trois cas analogues. Morgagni parle d'une fille qui ne rendait rien par l'anus, et dont les excrémens sortaient par l'urètre avec les urines.

» On trouve des faits semblables dans les ouvrages de Wrisberg, professeur à Gottingue, et dans les mémoires de l'académie de Paris.

» La marche la plus ordinaire de la nature dans les oblitérations de

l'anus est donc de transporter sur les voies urinaires l'ouverture du rectum, qui doit livrer passage aux matières alvines, et comme le canal de l'urètre n'a ni la capacité suffisante, ni l'organisation nécessaire pour exercer cette cumulation de fonctions, la mort du sujet devient communément la suite de la continuation de cet état, et de l'inertie de l'homme de l'art.

» Il nous semble que dans ces cas la nature elle-même indique à l'instrument secourable la route qu'il doit tenir, et nous conseillerions de pratiquer une incision au perinée, laquelle pénétrerait dans la vessie en comprenant son col, et une très petite partie du canal de l'urètre. Cette incision qu'on tiendrait dilatée au moyen d'une canule aurait d'abord l'avantage de procurer une évacuation libre et suffisante aux matières alvines et urinaires mêlées; ensuite, en facilitant les recherches sur ce point d'intestin de l'appendice intestinal, elle pourrait donner lieu à des opérations subséquentes, et méthodiquement faites pour la restitution du canal ordinaire.

» Ce que nous venons de dire pour les enfans du sexe masculin s'applique également aux enfans de l'autre sexe; seulement on aurait à opérer sur le vagin ; des faits observés par Jussieu, Van Swieten, Daubenton, prouvent que très souvent le rectum s'ouvre dans le vagin. C'est sur ce canal que devraient porter les recherches de l'opérateur, et le point fistuleux par lequel le méconium s'échappe, et le point saillant ou fluctuant qui attesterait sa rétention deviendrait aussi le point de départ de l'incision qu'on devrait pratiquer.

» Cette idée, que nous hasardons en passant, est susceptible d'être étendue et développée.

» Les différentes tentatives faites par le chirurgien Estor, dans le cas de l'observation qui nous occupe, étaient non seulement inutiles, mais encore elles compromettaient la vie du malade ; car, lors même que par cas fortuit il eût rencontré l'intestin, les infiltrations du méconium, l'inflammation, la suppuration, la gangrène des parties environnantes de l'anus, n'auraient-elles pas été les suites de ce tâtonnement, de ce fourvoiement d'instrumens aigus et tranchans dans ces parties délicates ?.. et n'y aurait-il pas eu cent à parier contre un que l'enfant y périrait ?..

» Ces réflexions, qui n'échappèrent point à Dumas, lui suggérèrent l'idée d'un anus artificiel établi aux parois du bas-ventre, idée bien naturelle sans doute, et qu'on peut même appeler heureuse, mais dont nous revendiquerons l'invention en faveur de Littre. Ce médecin l'avait conseillé dans les imperforations de la troisième espèce, et Duret, chirurgien célèbre de Brest, l'exécuta avec succès.

» Il fit d'abord une incision de trois travers de doigt dans la région iliaque gauche, et ayant découvert l'S romaine du colon, gonflée par l'air et le méconium, il l'incisa dans la même longueur, et la fixa de la même manière que dans le cas de hernie avec gangrène, et tint ensuite l'ouverture dilatée à un degré convenable par le moyen d'une tente de charpie.

» Desault pratiqua la même opération, mais sans succès.

» Pillore, chirurgien de Rouen, émule et contemporain de Lecat, la fit aussi avec succès; mais son incision, pratiquée à la région iliaque droite, s'adressait au cul-de-sac du cœcum.

» Callisen, chirurgien célèbre de Copenhague, qui vint après Littre, voulant enchérir sur toutes ces méthodes, proposait d'attaquer la portion lombaire gauche du colon dans l'endroit où cet intestin, lié au mésocolon, présente un petit espace hors de la cavité du péritoine.

» Nous rejetterions également le procédé de Callisen et de Pillore, si un cas pareil se présentait.

» Les avantages désignés par un membre de cette société en faveur de l'ouverture du cœcum sont 1° la plus grande fixité du cœcum; mais nous observerons :

» 1° Que la coaptation de l'ouverture de l'intestin à celle de l'abdomen devenant une condition nécessaire au succès de l'opération, cette fixité serait un obstacle et non un avantage; car si le cœcum rempli par les matières fécales et distendu par l'air est près des parois abdominales, lorsqu'il est vide il tend à s'en éloigner.

» Le second avantage, c'est qu'on a moins à craindre le renversement de la membrane interne, ce qui cependant peut avoir lieu.

» Troisièmement, qu'on n'aurait alors qu'une seule ouverture intestinale à cause de la disposition favorable du cœcum, l'ouverture étant faite dans son cul-de-sac, et c'est l'avantage le plus réel, attendu qu'il n'est pas à présumer que les matières fécales, sous l'impulsion du mouvement péristaltique, remonteront contre leur propre poids dans la portion ascendante du colon, ce qui arrive dans l'état naturel.

» Mais ces avantages qui existent, à peu de chose près, d'une manière égale dans l'opération de Littre, puisque toute portion de ce canal qui n'exerce plus sa fonction s'affaisse sur elle-même et s'oblitère par la cohérence de ses parois, peuvent-ils compenser la perte de toute la longueur du cœcum, du colon et du rectum, et des fonctions de ces gros intestins?

» Le motif allégué par Callisen, pour faire l'incision à la portion lombaire du colon dans l'endroit où cet intestin est hors de la cavité du péritoine, nous paraît tout à fait illusoire, *et nous défions l'anatomiste le*

plus exercé de pouvoir l'atteindre dans le très petit espace, où, fixé par le mœsocolon, il ne répond point à la cavité du péritoine. D'ailleurs, l'épaisseur des tégumens, l'abondance du tissu cellulaire graisseux, le voisinage des reins, et surtout l'incommodité très grande d'un anus artificiel placé dans cet endroit sont autant de raisons qui militent contre ce procédé.

» En résultat, l'opération de Littre, exécutée par Duret et Desault, nous paraît devoir mériter la préférence dans le cas d'oblitération parfaite, lorsque l'intestin ne s'ouvre ni dans les voies urinaires, ni dans les voies vaginales.

» Tout le monde sait que dans les imperforations de la première espèce, l'incision simple ou en croix, l'incision des lambeaux, le cautère actuel, sont les moyens opératoires conseillés et mis en usage par Zacutus Lusitanus, Morgagni, Roonhuis, Saviard, Hilden, Desault et autres célèbres chirurgiens.

» Quant à l'application de cette opération au rétrécissement de l'anus, nous ne la croyons nécessaire que dans deux cas : celui où le rétrécissement serait hors de la portée des corps dilatans, et celui où le rectum serait squirrheux à une trop grande hauteur pour qu'on pût emporter la totalité du mal avec l'instrument. »

Note de MARTIN l'aîné.

« Il est parvenu tout récemment à la Société un mémoire sur le même sujet, par le citoyen Bravai, médecin à Annonay ; le cas de son observation était absolument semblable à celui que Dumas a recueilli ; l'enfant mourut; le citoyen Bravai établit dans son mémoire que le meilleur moyen de le sauver eût été de pénétrer dans la vessie par une incision faite au périnée ; il pense que cette opération, en mettant à découvert le point d'insertion de l'appendice intestinal, aurait rendu plus faciles des opérations subséquentes pour la restitution du canal dans sa place ordinaire. La pièce anatomique qui avait été jointe au mémoire démontre en effet la possibilité mécanique des différens procédés qu'il conseille. »

1797. — FINE.

Dans le tome 6 des *Annales de la Société de médecine de Montpellier*, ce chirurgien a publié deux mémoires fort intéressans sur l'entérotomie ; je les reproduis ici en entier. Le fait de Fine et ses mémoires étaient complètement ignorés de nos

auteurs de chirurgie. Je dois la connaissance du fait à M. le docteur Bousquet; il est consigné dans le Manuel de Médecine pratique d'Odier de Genève, 2e édition, 1811, page 275, et je dois la découverte des mémoires à l'obligeance de M. le docteur Py de Narbonne.

« Mémoire et observation sur l'entérotomie, par M. Pierre Fine, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève, et correspondant de la Société de médecine pratique de Montpellier (an XIII).

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. Hipp. aph. 6, sect. I.

» Opération d'anus artificiel, par la méthode de Littre, sur une femme âgée de 63 ans, qui a vécu trois mois et demi.

» Depuis que j'exerce l'art de guérir, j'ai eu à soigner plusieurs cas de tympanite, soit essentielle, soit le plus souvent symptomatique; frappé depuis longtemps de l'insuffisance des moyens que la médecine prescrit contre cette terrible maladie, affligé de la perte que je venais de faire tout récemment d'un malade atteint de cet état morbide pour lequel j'avais inutilement conseillé l'entérotomie, je me promis bien qu'à l'avenir j'insisterais fortement sur l'emploi de ce moyen, lorsque le cas dont je vais présenter le journal s'offrit peu de temps après.

» Madame Helliger, âgée de soixante-trois ans, était sujette depuis douze ou quinze mois à une diarrhée dont les déjections étaient devenues très fréquentes, mais peu abondantes; cette diarrhée était accompagnée d'épreintes et de douleurs qui se faisaient ressentir particulièrement au creux de l'estomac; depuis un mois et demi il existait quelques hoquets avec des maux de cœur, et la malade avait éprouvé deux vomissemens à un mois d'intervalle.

» Le vendredi 29 septembre 1797, elle crut apporter quelque soulagement à ses maux en prenant une solution de manne; dès ce moment la diarrhée s'arrêta; le ventre commença à se *météoriser*; les hoquets et les maux de cœur continuèrent; et quoique la malade rendît quelques vents par la bouche, elle éprouvait des étouffemens plus ou moins considérables; cet état, pour lequel on avait eu recours à un médecin, alla en augmentant jusqu'au dimanche 8 octobre, que je fus appelé sur les huit heures du soir. La malade sortait d'un bain tiède; son pouls était très fréquent et

développé; son ventre, tendu comme un ballon, résonnait lorsqu'on le frappait avec la main; l'on distinguait à travers les parois de l'abdomen les circonvolutions de l'intestin très distendu par les gaz qu'il contenait; la constipation était opiniâtre. La malade éprouvait une très grande fatigue; elle était tourmentée par des étouffemens, des douleurs aux lombes et dans les régions iliaques, des hoquets, des nausées, des vomissemens, des borborygmes et quelques éructations; elle ne pouvait rien prendre de substantiel sans s'exposer à l'augmentation de ces différens symptômes. Je conseillai pendant la nuit une mixture éthérée et deux lavemens composés chacun d'une cuillerée à soupe de miel, et à peu près autant de sel de cuisine ; ils ne produisirent aucun effet.

» Le lendemain je visitai la malade avec son médecin; le pouls était un peu moins développé; mais les autres symptômes étaient les mêmes; nous conseillâmes l'application de la glace sur l'abdomen, des lavemens composés de sel de cuisine, de follicules de séné et de miel, et l'usage de deux onces d'huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à soupe, d'heure en heure, dans du bouillon de veau; il n'y eut aucune évacuation alvine.

» Le 10, le ventre était davantage *météorisé*; nous prescrivîmes le matin des onctions sur l'abdomen avec un liniment composé de trois drachmes d'ammoniaque sur deux onces d'huile d'olives, et des lavemens avec une infusion de feuilles de tabac, à laquelle on devait ajouter du sel et du miel. Je proposai l'entérotomie ; mais le médecin ne fut pas de cet avis ; le soir on fit continuer l'usage des lavemens ; on prescrivit celui d'une solution de sel d'Epsom à prendre par tasses ; on fit appliquer des sangsues autour de l'anus; le *météorisme* et la constipation ne furent en aucune manière diminués.

» Le 11 nous vîmes la malade avec deux autres de nos collègues; son état était toujours le même; son pouls faisait 110 pulsations par minute; je proposai de nouveau l'entérotomie ; elle fut différée au lendemain, si l'on n'obtenait point d'amélioration de la décoction d'une once de quinquina réduite à huit onces de collature, à laquelle on fit ajouter une demi-once de poudre de charbon, dans la vue d'absorber le gaz qui distendait si fortement les intestins, et de l'introduction de deux suppositoires faits avec un denier d'aloës et deux drachmes de sel marin, et suffisante quantité de savon et de miel.

» Le jeudi 12 octobre, on continua les remèdes de la veille ; sur le midi, le pouls était très vite, irrégulier et intermittent; le *météorisme* de l'abdomen très considérable, et la respiration très gênée; la malade était tourmentée par la soif, et n'avait rendu par les selles que les suppositoires liquéfiés; son état me parut tellement dangereux, que je renonçai à mon

projet d'opération; cependant sur les sept heures du soir, le pouls étant devenu moins fréquent et plus régulier, je pratiquai l'opération que j'avais proposée, de la manière suivante :

» Je soulevai avec l'index et le pouce de chaque main la peau de l'abdomen, un peu au-dessus du milieu de l'intervalle qui est entre le nombril et le pubis, pour former un pli perpendiculaire à la ligne blanche; je fis tenir un des côtés de ce pli à un aide, et avec un bistouri je le coupai jusqu'à sa base, et formai de cette manière une incision de deux pouces et demi de longueur ; j'incisai ensuite la ligne blanche jusque dans la cavité abdominale, dans la même étendue; je tirai au dehors la partie de l'intestin qui s'offrit à ma vue; elle était phlogosée; je passai ensuite dans le mésentère une ligature formée de quelques brins de fil ciré, puis je fis une incision d'environ six lignes à l'intestin; il en sortit à plusieurs reprises beaucoup d'air et de matières grisâtres assez liquides (1) ; je fis la réduction de l'intestin, et je le fixai, au moyen de l'anse de fil, près de la plaie des parois de l'abdomen dont je rapprochai les bords dans toute leur étendue, avec des bandelettes de sparadrap de diachylum gommé, à l'exception de l'endroit qui correspondait à l'ouverture intestinale que je couvris simplement d'un plumasseau de charpie et d'une compresse qui fut maintenue par un bandage unissant à six chefs.

» La malade supporta très bien cette opération, qui ne parut pas lui causer beaucoup de douleur : on lui prescrivit de demi-heure en demi-heure une cuillerée à soupe d'une mixture faite avec trois gros d'écorce du Pérou, six onces d'eau et une once de sirop, et pour boisson une faible limonade. A onze heures du soir le pouls était un peu plus vite, mais régulier; il était sorti par la plaie beaucoup de vents et de matières; le ventre était assez souple quoique encore volumineux; il n'était pas douloureux au toucher; la malade y éprouvait moins de gêne, ainsi qu'à la poitrine :la douleur des lombes existait toujours; les hoquets avaient un peu diminué; je prescrivis deux petits lavemens faits avec une décoction de quinquina *miellée*.

» Le vendredi 13 à huit heures du matin, le pouls battait cent vingt fois par minute; mais il était bon, la peau moite, le ventre moins *météorisé*; depuis minuit la malade avait éprouvé du soulagement ; les douleurs des

(1) « Ayant approché la flamme d'une chandelle de l'ouverture qui donnait issue à ce gaz, il ne s'est point enflammé, comme on dit l'avoir observé dans les affections tympanitiques des animaux. Voy. Instructions et observations sur les maladies des animaux domestiques, par Chabert, Flandrin et Huzard, an II, p. 288. »

lombes et des régions iliaques étaient diminuées; la soif était moins grande, les hoquets moins fréquens; elle avait pu faire usage de sa potion avec plus de facilité qu'avant l'opération; elle avait continué à rendre quelques vents par la bouche; elle en avait aussi rendu par l'anus à la suite des lavemens qu'on lui avait fait prendre, mais en beaucoup plus grande quantité par la plaie avec des matières fécales; la malade avait pris deux bouillons, dont l'un blanchi avec de la semoule, sans être incommodée; je prescrivis le lavement de quinquina.

» A midi, la malade se trouvait assez bien, son pouls était assez bon, quoique ayant la même vitesse; elle avait rendu des vents et des matières par la plaie; mais il n'y avait eu aucune évacuation par le fondement; on avait continué l'usage de la limonade et de la mixture avec l'extrait de quinquina.

» Le soir, le pouls était un peu plus fort, l'abdomen était un peu douloureux surtout vers les régions iliaques ; la malade avait inutilement pris un lavement émollient; après le pansement, elle eut un vomissement qui fit disparaître un gonflement intestinal qui existait au-dessus de la plaie; on prescrivit une émulsion faite avec une once d'huile d'amandes douces, une once et demie de sirop d'althéa, une demi-once de gomme arabique et six onces d'eau; deux lavemens émolliens, et de demi-heure en demi-heure une pilule composée d'un grain de camphre.

» Le 14, il n'y avait presque plus de hoquet; le ventre était beaucoup assoupli et point douloureux; il était sorti beaucoup de vents et de matières par la plaie; le pouls était bon, battait environ cent fois par minute; la malade avait pris pendant la nuit deux ou trois lavemens; la moitié d'un avait séjourné environ deux heures de temps dans l'abdomen; les autres étaient sortis sans rien amener, et c'est ce qui est presque toujours arrivé dans cette maladie, à l'exception de quelques parties qui restaient quelquefois plus ou moins de temps avant que de ressortir; on suspendit l'usage de l'émulsion : on continua celui des pilules camphrées.

» Le dimanche 15, le pouls était bon, battait quatre vingt-dix fois par minute; la malade avait passé une bonne nuit, et avait eu fort peu de hoquets.

» Le 16 et le 17, l'état de la malade a continué d'être bon; son pouls était un peu moins fréquent; elle a pris quelques lavemens, dont un seulement entraîna la valeur d'une cuillerée à café de matières granulées; à cette époque, j'observai que les matières granulées ne sortaient point continuellement par la plaie, mais parfois et assez abondamment, à des intervalles plus ou moins éloignés, et c'est ainsi que cette excrétion a continué de se faire.

» Le jeudi 19, il n'existait plus de hoquets; la malade rendit, avec un lavement, une plus grande quantité de matières granulées grises que précédemment, et quelques pepins de raisin; l'anse de fil qui soutenait l'intestin fut retirée; on aurait pu la retirer beaucoup plus tôt, parce que l'intestin avait depuis longtemps contracté des adhérences avec le bord de la plaie; l'anus artificiel était évidemment établi; il formait au centre de la plaie, qui n'était pas encore entièrement couverte par la peau en cet endroit, un petit bourrelet de quatre lignes de diamètre, dont les bords étaient arrondis; cet anus fonctionnait presque comme s'il était pourvu d'un sphincter; le plumasseau dont on le recouvrait n'était point sali durant tout l'intervalle pendant lequel la malade n'allait pas du ventre; la seule différence qu'il y avait, c'est qu'il ne dépendait pas d'elle d'empêcher l'excrétion des matières fécales quand elle devait avoir lieu.

» Le 20, le pouls était bon, mais un peu faible, il battait soixante-seize fois par minute.

» Le 22, la malade se leva l'après-midi; elle avait rendu quelques vents et quelques matières granulées avec un lavement qui avait pris une couleur jaunâtre et contracté l'odeur excrémenteuse.

» Depuis ce moment jusqu'au 25 novembre, son état a été à peu près le même: elle a rendu parfois quelques vents par l'anus, et les lavemens dont elle a continué à faire usage ont amené de temps à autre des matières granulées; elle a même rendu en différentes fois, par le podex, une crotte jaunâtre de la grosseur d'une petite noix, ce qui, joint aux envies fréquentes qu'elle avait d'aller à la garderobe, fit naître l'idée de comprimer l'anus artificiel pour tâcher de déterminer les selles du côté du fondement; mais ces tentatives n'aboutirent qu'à inquiéter plus ou moins la malade, qui d'ailleurs reprenait des forces; la plaie des parois de l'abdomen était presque cicatrisée; l'anus artificiel était assez rétréci. Depuis ce moment jusqu'au 24 décembre, la malade continuait à reprendre des forces, et à rendre quelques crottes par le podex, mais moins grosses que les précédentes. Le rétrécissement de l'anus artificiel causait parfois une constipation accompagnée de quelques malaises, auxquels je remédiais par quelques légers laxatifs. Dès le commencement de décembre, j'ai cherché à le dilater avec la racine d'althéa un peu amollie dans l'eau chaude; mais lorsqu'elle séjournait un peu longtemps, elle causait quelques incommodités, en empêchant la sortie des vents; c'est pourquoi, au bout de quelques jours, je continuai l'usage de la même racine, dans le centre de laquelle j'avais placé un très petit tube de plume, pour opérer la dilatation sans gêner l'excrétion des vents; mais la malade trouva ce procédé encore trop incommode, quoiqu'il ne fût pas douloureux; elle a

préféré d'être exposée à de légers malaises, auxquels elle a continué à remédier par quelques doux laxatifs.

» Cependant, quoiqu'elle parût assez bien relativement aux forces et à la santé, il lui est survenu de l'enflure œdémateuse aux extrémités inférieures, sans diminution de la quantité des urines ; on administra l'écorce du Pérou ; l'enflure allant en augmentant, on fit usage de différens toniques apéritifs qui n'empêchèrent point l'accroissement de la cachexie, et la malade mourut le 1er février 1798.

» *Ptomatopsie.* Je fis l'ouverture du cadavre le surlendemain à onze heures ; je trouvai beaucoup de sérosité dans le ventre ; le foie était très volumineux et très endurci, sans avoir cependant de tubérosités squirrheuses ; la partie transversale du colon était celle où l'anus artificiel avait été formé ; cet intestin avait conservé sa grosseur naturelle, et quoique déplacé vraisemblablement par l'expansion du gaz, il avait une position presque transversale ; il avait aussi contracté des adhérences à quelques lignes autour de l'anus artificiel, un peu au-dessous de cet anus ; une partie d'intestin grêle en avait aussi contracté une forte, quoique peu étendue, avec les parois du ventre ; enfin je trouvai à la partie tout à fait supérieure du rectum, et dans l'étendue d'un pouce et demi, une squirrhosité qui en occupait toute la circonférence, qui avait presque oblitéré le canal intestinal, et qui était accompagnée d'une légère suppuration.

» Je proposai, dans la consultation, l'opération telle que je l'ai exécutée comme infiniment préférable à la paracentèse au moyen d'un troicar, dont on aurait laissé la canule à demeure dans la plaie, parce que 1° l'opération telle que je la proposais formerait une plaie très simple, par conséquent accompagnée de moins d'accidens que celle qui résulterait de l'action sur les intestins d'un instrument à trois tranchans ; 2° qu'on ne pouvait point être sûr que l'intestin n'abandonnerait point la canule qu'on se proposait d'y introduire à demeure ; que dans ce cas on courrait le risque d'un épanchement d'air, et peut-être de matières fécales dans l'abdomen ; 3° que cet abandon de la canule pourrait, selon les circonstances, nécessiter de nouvelles ponctions ; 4° que si les matières fécales ne reprenaient pas bientôt leur cours par les voies naturelles, ou ne les reprenaient pas du tout, elles auraient la facilité de sortir par l'ouverture que j'aurais pratiquée à l'intestin dont on formerait alors un anus artificiel, ce que l'on ne pouvait pas espérer du séjour de la canule.

» Il se présente naturellement ici une question à résoudre, savoir : pourquoi je n'ai pas eu l'intention de pratiquer cette opération sur un des gros intestins, comme, par exemple, sur la portion gauche du colon ou sur son S ? Je réponds : 1° que l'état de la malade me paraissant tout à fait

dangereux, j'ai choisi la ligne blanche pour le lieu de l'opération comme étant celui où elle causerait moins d'irritation, parce que l'on n'aurait pas différens plans de fibres charnues à couper; 2° outre les soupçons de l'existence de quelque obstacle à la fin du colon, ou au commencement du rectum, soupçons qui étaient le résultat soit de la petitesse des selles avant l'époque des accidens, soit de la difficile pénétration, soit encore de l'examen du rectum, que j'avais fait la veille et l'avant-veille de l'opération (1), on avait encore quelques raisons de soupçonner, d'après les rapports de la malade, une affection particulière du cœcum, d'autant mieux que les gros intestins, à l'exception du pylore, semblent, en général, plus exposés aux désorganisations que les grêles; je crus convenable de faire l'opération à la ligne blanche, sur une portion de l'iléon, sachant que les anus artificiels formés à la suite des hernies avec gangrène de cet intestin ne s'opposent point, au moins pour l'ordinaire, à la nutrition, les cas contraires étant peu fréquens; 3° enfin, comme la constipation est un symptôme de la tympanite, quelle qu'en soit la cause, dans le cas où la désorganisation soupçonnée n'eût point existé, cette plaie ou cet anus artificiel ne devait subsister que jusqu'à la cessation du spasme ou de toute autre cause passagère, qui aurait été suivie du retour de la liberté du ventre.

» Il est bien probable que si la malade n'avait eu, par exemple, qu'une tympanite spasmodique, ou dépendante de toute autre cause susceptible d'être détruite, ou de nature à ne pas causer elle-même la mort, cette opération lui aurait sauvé la vie; que si elle n'eût eu que sa squirrhosité à la partie supérieure du rectum, sans l'affection particulière du foie qui a entraîné la cachexie et la mort, elle aurait pu vivre encore assez longtemps; car, un squirrhe au rectum, lorsqu'on pourra procurer une issue aux matières qui auront parcouru une grande étendue du tube intestinal, devra produire bien plus tard la mort que celui du pylore, par exemple, qui tue par défaut de nutrition; les substances alimenteuses étant trop promptement rejetées pour pouvoir fournir une quantité suffisante de chyle.

» Il paraît d'ailleurs prouvé, soit par la manière dont la malade a sup-

(1) Ces différens examens du rectum, soit avec le doigt, soit avec une canule de gomme élastique, m'avaient fait apercevoir sur la paroi antérieure, et tout à fait supérieure de cet intestin, une espèce d'excroissance assez ressemblante à un museau de tanche qui serait mou, dans la cavité duquel je pouvais, avec beaucoup de peine, introduire le bout de l'index, en refoulant fortement le périnée.

porté cette opération, soit par l'analogie de guérisons nombreuses de plaies faites à l'estomac ou aux intestins, que l'entérotomie n'est pas très dangereuse; si elle eût été proposée à la place de la ponction dont nous avons démontré les désavantages, la plupart des auteurs ne l'auraient pas rejetée, et il n'est pas douteux que beaucoup de malades chez lesquels on n'a pas osé tenter la ponction auraient été, par l'usage de l'entérotomie, ou quelquefois radicalement guéris, ou du moins, dans la majeure partie des cas, infiniment soulagés, et dans la possibilité de mener encore une vie assez longue; je m'explique ainsi parce que la tympanite essentielle paraît rare, et qu'elle dépend le plus souvent de causes organiques, auxquelles l'opération ne saurait remédier.

» Le succès que j'ai obtenu dans cette opération n'est-il pas bien propre à encourager les chirurgiens à la formation des anus artificiels, dans certains cas de mauvaises conformations de l'anus, ou de défaut de cette partie ainsi que l'avait proposé Littre (1). Il est bien surprenant que depuis cet auteur jusqu'à Pillore, Dubois, Duret et Desault, personne n'ait pratiqué cette opération, qui conviendrait également dans bien des cas de rétrécissement ou de squirrhosité du rectum, lorsque ces désorganisations sont situées trop supérieurement, comme chez madame Helliger, pour pouvoir être accessibles aux secours de l'art (2).

(1) Littre avait vu, dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets longs environ d'un pouce. Les deux parties s'étaient fermées, chacune de son côté, par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient..... Pour rendre son observation utile, continue l'historien de l'Académie, Littre a imaginé et proposé une opération chirurgicale fort délicate, pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre que l'on ne fermerait jamais, et qui ferait la fonction d'anus. Voy. *Hist. de l'Académie royale des sciences pour l'année* 1710, *page* 36. S'il n'est pas très facile de comprendre la possibilité et l'utilité du premier de ces deux modes d'opération, on conçoit pourtant que Littre entendit que, dans tous les cas, cette opération devait se faire à la région de la fosse iliaque gauche.

(2) Quatorze jours après avoir fait cette opération, c'est-à-dire le 26 octobre 1797, je reçus le n° 13 du Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, dans lequel je lus, avec d'autant plus d'intérêt, les excellentes réflexions du célèbre professeur Dumas sur cette matière, que je venais de mettre à exécution ce qui faisait, depuis long-temps, l'objet de mes méditations, sous le même rapport que cet auteur, mais encore sous celui de la tympanite.

» Si l'on peut hasarder une opinion d'après un fait, il paraît qu'il y a bien peu de cas de tympanite intestinale, qui, lorsqu'ils menacent les jours du malade, ne puissent pas admettre l'entérotomie. Je n'ignore point les objections qu'on peut faire, contre cette opération, dans les cas de tympanite symptomatique; l'on dira: 1° qu'il n'est pas toujours possible de connaître le siège de l'affection morbide, qu'alors on manquera quelquefois de boussole pour déterminer le lieu convenable à l'opération; ce lieu doit toujours être le plus éloigné de l'estomac, lorsqu'on n'a point de raison d'en choisir un autre, afin que si l'on vient à être dans la nécessité de conserver l'anus artificiel, la digestion soit plus avancée, lorsque les matières y arriveront pour être expulsées; 2° qu'on ignore parfois la nature de l'affection ou du moins qu'elle est douteuse; 3° enfin qu'on ne peut pas toujours être assuré qu'il n'y ait qu'un seul endroit d'affecté; qu'en conséquence dans tous ces cas l'opération peut devenir tout au moins inutile. Je conviens que ces différentes circonstances peuvent se rencontrer; mais tant qu'il ne s'en rencontrera pas de visiblement contraires, je ne vois pas pourquoi, même dans ces cas douteux, un chirurgien ne pratiquerait pas cette opération, lorsque le malade est dans un danger imminent et sans ressource.

» Lorsque j'aurais une semblable opération à exécuter, je crois convenable de faire l'incision de l'intestin plus étendue; il n'en résultera vraisemblablement pas plus d'accidens, et le malade du moins ne sera pas exposé aux inconvéniens d'une ouverture trop petite; d'autant mieux qu'une incision faite sur un intestin dont les parois sont fortement distendues se trouvera réduite par l'élasticité, l'action tonique et musculaire, lorsque la cause qui les distendait vient à cesser. Le peu d'étendue qu'a conservée l'ouverture intestinale a été apparemment la cause pour laquelle les matières fécales, qui pour l'ordinaire sortent continuellement, et sans que les malades en soient avertis, à travers les anus artificiels, ne sortaient chez ma malade qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.»

Second Mémoire de FINE.

« Dans mon premier Mémoire sur l'entérotomie, j'ai établi, comme principe général, que l'anus artificiel doit être pratiqué sur le côté gauche de l'abdomen dans la partie du tube intestinal la plus éloignée possible de l'estomac, afin que l'absorption du chyle se fasse dans une plus grande étendue et que la nutrition se ressente moins de la diminution qu'elle éprouverait, lorsque cet anus serait établi dans un endroit plus rapproché de ce viscère.

« Mon intention dans ce second Mémoire est de préciser davantage et mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour la place où l'anus artificiel doit être établi, selon la nature des causes qui en nécessitent la formation, et de donner à quelques autres points sur la même matière plus de développement que je n'ai été appelé à le faire dans mon précédent Mémoire.

» L'entérotomie, en général, parait avoir été mise en usage dès les premiers temps de la médecine. Cœlius Aurelianus rapporte que Praxagore, qui vivait trois ou quatre cents ans avant l'ère chrétienne et dont les ouvrages ont été perdus, après avoir inutilement employé différens remèdes dans l'*ileus*, faisait une ouverture aux parois du ventre, puis incisait l'intestin, pour en faire sortir l'excrément, et le recousait ensuite (1). Dans des temps fort postérieurs, on a employé le même moyen pour retirer de l'estomac des couteaux, accidentellement avalés, et dans des cas de hernies, pour donner issue à des matières endurcies et contenues dans les intestins (2). Quant à l'origine de la formation d'un anus artificiel, dans les cas de mauvaise conformation du rectum chez les nouveau-nés, elle ne remonte pas au-delà de Littre, qui n'a pas exécuté cette opération, comme le dit Bichat (3), mais qui l'a seulement proposée. Pillore, chirurgien à Rouen, et contemporain de Lecat, paraît être celui qui l'a pratiquée pour la première fois (4); en quoi il a été suivi par Dubois, en 1783 (5), Duret en 1793 (6), et Desault en 1794 (7). Dès lors MM. Desgranges (8) et Voisin (9) ont pratiqué cette opération, le premier en octobre 1800, le second à peu près dans le même temps; et une fois en

(1) Cœl. Aurel., lib. 3, cap. 17.

(2) Académ. de chirurg., t. 1, in-4°, p. 595, 604.

(3) OEuv. chirur., de Desault, t. 2, p. 315.

(4) Voyez l'intéressant rapport de Martin le jeune; Actes de la Soc. de méd. de Lyon, t. 1, p. 180. J'ai inutilement demandé et fait demander à M. Pillore, le père, très avancé en âge, et depuis sa mort à M. son fils, chirurgien à Rouen, des renseignemens sur le temps où cette opération a été faite, sur le cas qui l'a nécessitée, sur la manière dont elle a été exécutée, ainsi que sur les suites qu'elle a eues; je n'ai pu savoir autre chose, sinon que cette observation devait se trouver dans les papiers du défunt. Il est fâcheux que la médecine opératoire soit privée des détails d'une opération qui présente un grand intérêt, et sur laquelle M. Martin n'a eu qu'une connaissance verbale.

(5) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 3, p. 125.

(6) Ibid., t. 4, p. 85.

(7) Journ. de chirur. par Desault, t. 4, p. 248.

(8) Voy. ci-après sa correspondance.

(9) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 21, p. 353.

mai 1802. Dumas (1) est le premier qui ait proposé la formation d'un anus artificiel dans le cas de squirrhe au rectum; et moi le premier qui ai exécuté cette opération dans un cas semblable ainsi que dans celui de tympanite, avant que d'avoir eu connaissance du Mémoire que ce célèbre professeur a fait sur cette matière. Voilà, à ma connaissance, ce que j'avais à dire sur l'histoire chronologique de la formation de l'anus artificiel.

» Maintenant, si nous voulons nous occuper de ce qui est relatif à l'endroit préférable pour cette opération, on peut poser pour principe : 1° que l'anus artificiel doit être établi sur la région de la fosse iliaque gauche, toutes les fois qu'il sera nécessité par l'imperforation de l'anus, ou toute autre mauvaise conformation naturelle du rectum, chez un enfant nouveau-né, contraire à l'existence de la vie; à l'exception de certains cas, dans lesquels la nature semble indiquer que c'est dans l'endroit même du mal conformé, que le chirurgien doit chercher à corriger ses écarts; 2° que la région lombaire gauche doit être choisie, au contraire, pour l'établissement de l'anus artificiel, lorsque cette opération devient nécessaire pour un vice ou une altération morbide du rectum, dans laquelle les déjections stercorales seront empêchées, auxquelles causes, à raison surtout du siége qu'elles occupent, on ne pourrait rémédier par d'autres secours de l'art (2). Je m'explique, et je dis que ces deux principes dérivent de la différence que l'inspection anatomique fait trouver dans la position de l'S romaine du colon, dans le fœtus et dans l'adulte; en effet, si l'on fait cet examen avec attention, on verra que l'S romaine simple, et quelquefois double dans le fœtus, s'avance beaucoup sur le côté droit de la fosse iliaque gauche; qu'elle s'étend même parfois jusqu'au delà de la ligne blanche; tandis que chez l'adulte, cette anse du colon s'étend beaucoup moins sur le devant, mais reste placée dans la partie postérieure de la fosse iliaque gauche, en remontant jusque vers la quatrième vertèbre lombaire; en sorte que si l'on pratiquait l'anus artificiel chez l'adulte selon la méthode de Duret ou de Desault, c'est-à-dire sur la région de la fosse iliaque gauche, l'on courrait les risques, après avoir fait les incisions nécessaires pour pénétrer dans l'abdomen, de ne point rencontrer cette S romaine, ce qui serait un événement bien fâcheux.

(1) Rec. de la Société de méd. de Paris, t. 3, p. 46.

(2) Dans les cas de tympanite ou d'autres affections morbides du ventre, il est possible qu'il y ait des indications qui fassent préférer, pour pratiquer cette opération, d'autres places que celles que j'ai déterminées; mais je ne me suis pas proposé de m'en occuper.

» Quant à la manière de pratiquer l'anus artificiel, sur la région de la fosse iliaque gauche d'un enfant nouveau-né, voici celle que je crois préférable. On fera faire à la peau, sur le milieu de cette fosse un pli de haut en bas et un peu de dedans en dehors, perpendiculaire à une ligne qui s'étendrait depuis un demi-pouce au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles à un travers de doigt de l'os pubis de ce côté. On fera tenir une des extrémités de ce pli à un aide, tandis que le chirurgien, tenant l'autre avec le pouce et l'index de la main gauche, coupera de la main droite, armée d'un bistouri, ce pli jusqu'à sa base, de manière à former une incision longue d'un pouce et demi à deux pouces; cette incision sera continuée dans la même étendue sur les muscles abdominaux jusque dans la cavité du ventre; il faudra avoir l'attention de ne pas prolonger l'incision du côté du pubis, assez loin pour blesser l'artère épigastrique, qui se trouve vers le bord externe du muscle droit; puis on terminera l'opération comme je l'ai indiqué dans mon premier Mémoire; on donnera environ un pouce d'étendue à l'incision de l'intestin; je ne crois pas que la mèche que Desault a introduite dans l'ouverture intestinale, pour rapprocher le colon de la plaie des parois de l'abdomen, et faciliter son adhérence à ces parties, soit convenable; elle doit nuire en ne laissant pas une issue facile aux matières intestinales, et produire plus ou moins d'irritation. Si l'on veut empêcher l'épanchement des matières fécales dans le ventre, et faciliter l'adhérence du colon aux parois abdominales, il est nécessaire de passer dans le mésocolon l'anse d'un ruban formé de quelques brins de fil ciré, avec la précaution autant que possible, de ne point ouvrir de vaisseaux avec la pointe ou le tranchant de l'aiguille dont on se servira pour cela; peut-être conviendrait-il que les tranchans de cette aiguille fussent émoussés.

» Nous avons dit comment on pouvait éviter la section de l'artère épigastrique, si cet accident arrivait, ou que quelques rameaux de l'artère abdominale vinssent à être ouverts; la ligature, ou la compression si le premier de ces moyens ne pouvait avoir lieu, suffira pour se rendre maître du sang. J'ai été une fois dans le cas de remédier à une hémorragie de cette nature, dans un empyème que je fis au-dessus du ligament de Fallope, pour donner issue à un dépôt de matière purulente dans la fosse iliaque droite; j'ouvris un rameau assez considérable de l'artère abdominale; le sang, en se mêlant au pus, et lui donnant sa couleur, paraissait être fourni par une source plus abondante encore; je comprimai l'artère ouverte avec le pouce et l'index d'une main; le dépôt vidé, je plaçai un bourdonnet lié sur l'ouverture de l'artère; j'en appliquai un autre sur les parois de l'abdomen; j'introduisis une des branches d'une pince à panse-

ment par dessous le plumasseau placé à l'intérieur, j'appliquai la seconde branche sur le plumasseau extérieur; je les maintins assez rapprochés au moyen d'un ruban de fil, pour établir une compression suffisante pour arrêter l'hémorragie; le lendemain j'ôtai cet appareil compressif qui n'était plus nécessaire.

» Je me suis expliqué sur les inconvéniens d'établir chez un adulte l'anus artificiel dans la région de la fosse iliaque gauche, si l'on veut le pratiquer sur le colon, et j'ai dit que c'est dans la région lombaire gauche qu'il faut attaquer cet intestin, parce que dans cet endroit il a une position *fixe et invariable*. Je n'établirai pas pour règle avec Callisen (1), qu'il faut pratiquer l'incision dans la région lombaire gauche, le long du bord antérieur du muscle carré des lombes, pour pénétrer jusqu'au colon, et inciser cet intestin dans un endroit où il présente, selon cet auteur, un petit espace où il n'est pas renfermé dans la cavité du péritoine; car indépendamment de ce que l'incision me parait être faite trop postérieurement, il faudrait une trop grande habitude dans les dissections anatomiques pour compter sur une telle boussole; mais la manière dont je vais décrire cette opération fera toujours rencontrer le colon gauche immédiatement au-dessus de son S; là, son mésocolon, ou son ligament gauche, est assez lâche pour permettre d'y passer l'anse que j'ai jugé nécessaire.

» Si la personne est maigre, on fera faire à la peau de la région lombaire gauche un pli qui coupe à angle droit et également l'espace qui s'étend de l'extrémité antérieure de la seconde fausse côte, en comptant de bas en haut, jusque sur la crète de l'os des îles; on incisera ce pli et la peau dans toute cette étendue; si l'on ne peut pas former de pli à la peau, on l'incisera d'un seul trait de bistouri en la tendant un peu avec les doigts; ensuite on coupera couche par couche les parties situées au-dessous, jusque sur le péritoine auquel on fera avec précaution une petite incision, qu'on agrandira par le haut et par le bas, au moyen d'une sonde cannelée, pour lui donner la même étendue qu'à celle des tégumens et des parties sous-jacentes; cela fait, le colon se présente à la vue de l'opérateur; il le saisira avec les doigts, passera l'anse de fil dans le mésocolon, incisera l'intestin selon sa longueur, dans l'étendue d'un pouce et demi, et terminera l'opération comme je l'ai dit. J'ai fait sur les cadavres des essais bien répétés de cette méthode, et ils ont eu toujours le même résultat (2); l'un de ces essais même a été fait en présence de plusieurs

(1) Sabatier, Méd. opérat., t. 1, p. 436.

(2) Dans les cas de conformation naturelle et ordinaire des côtes, il arrive parfois, mais très rarement, que la seconde fausse côte, plus longue, s'avance

témoins, sur le cadavre d'une personne morte d'un squirrhe à la partie supérieure du rectum, état morbide pour lequel j'aurais insisté davantage sur la proposition que j'avais faite d'établir un anus artificiel, si la maladie, prenant une tournure cancéreuse, ne m'eût pas fait renoncer à l'idée d'une opération qui n'aurait pu être profitable, car c'est surtout dans des cas de cette nature qu'il est nécessaire qu'un chirurgien ait un bon jugement, et ne se laisse pas éblouir par l'idée d'un succès, qui, n'étant que momentané, jetterait une défaveur sur une opération qui, dans certains cas, peut présenter des résultats avantageux.

» Dans cette manière d'opérer, on forme l'anus artificiel à une assez grande distance de la partie malade, pour qu'on n'ait pas à craindre l'effet d'une augmentation dans l'étendue de l'altération organique, si toutefois cette altération n'est dangereuse que sous le rapport de l'étendue des parties qu'elle viendrait à affecter, et il n'est pas probable, d'après l'observation, qu'un squirrhe au rectum porte bien loin ses ravages. On n'atteint pas des parties dont la lésion soit bien dangereuse; on n'est pas exposé à couper des vaisseaux sanguins considérables, et dans le cas de quelque hémorragie, la ligature ou la compression y remédiera sûrement.

» Un anus artificiel placé dans la région lombaire gauche exige, à la vérité, l'incision d'une plus grande épaisseur de parties; mais cela est bien remplacé par les avantages que nous lui avons attribués; d'ailleurs il ne paraît pas devoir être plus incommode qu'à la fosse iliaque; les soins qu'il demande seront plus facilement dérobés à la connaissance des autres; se trouvant plus éloigné des parties naturelles, il n'apportera aucun empêchement à l'union des deux sexes, et causera moins de dégoût.

» La formation d'un anus artificiel n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire, ainsi que je l'ai dit dans mon premier Mémoire. Dans la relation des opérations faites par Pillore et Duret, et qui ont été couronnées de succès, il n'est pas fait mention qu'elles aient été suivies d'accidens; et il n'est pas probable que la mort ait dépendu exclusivement de cette opération, dans les cas où elle n'a pas réussi. Voici encore un cas en confirmation de ce que j'avance. M. Desgranges, *chirurgien fort renommé à Lyon, m'écrivait, en date du* 29 *novembre* 1800, *de Morges, en Suisse, où il faisait alors sa résidence :* « *J'ai prati-*

plus antérieurement; alors le chirurgien fera son incision un peu plus postérieurement; en général cette incision, dirigée perpendiculairement de l'extrémité antérieure de la première fausse côte sur la crête de l'os des îles, doit être distante de cinq pouces de l'épine antérieure et supérieure de cet os.

» *qué un anus au lieu d'élection et de nécessité connu, sur une jeune* » *fille de quatre ans et plus , dont le rectum aboutissait au vagin.* » *J'ai tout sujet de croire que je la guérirai complètement. Il y a* » *déjà plus d'un mois, et tout va bien.* »

» Une circonstance remarquable, c'est la tendance qu'ont en général les anus artificiels à se resserrer, lorsque, pendant un temps plus ou moins long, on n'a pas le soin d'en entretenir l'ouverture assez grande, au moyen d'une tente ou d'autres corps dilatans; indépendamment de ce que j'en ai dit dans mon précédent Mémoire, on voit dans le premier volume du recueil de la Société de médecine de Paris, page 36, que M. Servenon crut pouvoir, au bout de trois mois, renoncer à l'usage d'une canule de gomme élastique, avec laquelle il entretenait l'ouverture du rectum; mais en quinze jours, il se fit un tel rapprochement des parties, que les excrétions ne sortaient plus, et qu'il eut assez de peine à dilater de nouveau cet anus; moyen auquel il ne renonça qu'au bout d'un an (1). *M. Desgranges fournit une nouvelle preuve de cette vérité dans les détails qu'il m'a communiqués, à la date du* 3 *juin* 1801, *sur son opération de l'anus artificiel.* « *Elle a parfaitement réussi; toutes* » *les matières s'écoulaient par le nouveau fondement quand la fille* » *a quitté Morges; quelques humidités stercorales suintaient en-* » *core par l'ouverture recto-vaginale* (celle qui tenait lieu d'anus) ; » *j'y plaçai un peu de charpie pour la comprimer, et j'entretenais* » *avec soin la nouvelle voie par un tampon que j'avais appris à sa* » *mère à mettre et à ôter; celle-ci n'a pas voulu rester plus long-* » *temps hors de chez elle, ni me laisser son enfant; je voyais chaque* » *jour la nécessité d'user longtemps du tamponnage, espèce de man-* » *drin sur lequel se montait la voie artificielle, et qui s'opposait* » *efficacement au rapprochement des parties que la nature suscite* » *sans cesse, et finit par déterminer.* » *Il craint enfin, pour ce nouvel anus, le même sort d'un enfant auquel il avait ouvert les deux narines, lesquelles se resserrèrent au point d'admettre avec peine le passage d'une aiguille de bas, pour avoir renoncé trop vite à l'usage d'un moyen dilatant;* j'ai observé la même chose dans un cas tout à fait semblable d'occlusion des narines, suite de la petite vérole confluente; mais le resserrement est resté un peu moins considérable; l'ouverture des narines permet le passage d'une sonde de gomme élastique

(1) Voyez encore un exemple semblable de rétrécissement, ibid., t. 2, p. 106. On employait la racine de gentiane pour dilater ; ce moyen me paraît trop irritant.

de moyenne grosseur. Cette tendance au rétrécissement doit engager à ne pas faire l'ouverture intestinale trop petite, et à la tenir dilatée pendant un temps plus ou moins long, selon le cas, avec les corps dilatans qui paraîtront les plus convenables; j'observerai cependant qu'il ne faut pas en faire usage avant que l'irritation dépendante de l'opération soit tout à fait passée, par les raisons que nous avons données à l'occasion de la méthode de Desault; et dans les cas où le moyen dilatant produirait quelques désagrémens, en s'opposant à l'issue des matières stercorales, on le renouvellerait souvent, ou bien on le remplacerait par une canule.

» Je terminerai ce mémoire en faisant connaître le procédé que j'ai mis en usage pour introduire le tampon chez le malade atteint de squirrhe au rectum, dont j'ai fait mention. Le squirrhe se trouvait placé à la partie supérieure du rectum. Je ne pouvais y atteindre avec l'index, qu'en refoulant fortement le périnée; et la saillie considérable qu'il faisait dans l'intestin, dont la cavité était très rétrécie, s'opposait à ce que le tampon introduit à la manière de Desault pût rencontrer cet étroit passage et y pénétrer. Je fis exécuter une petite gouttière de bois dur, arrondie par son extrémité; à la faveur de l'index je la faisais glisser jusque dans l'ouverture squirrheuse, puis je retirais le doigt; et, au moyen du stylet fourchu, je plaçais convenablement le tampon. »

1800. — DESGRANGES, de Lyon.

Opération d'anus artificiel pratiquée avec succès sur une jeune fille de quatre ans et plus, dont le rectum aboutissait au vagin.

Ce fait se trouve dans le second Mémoire de Fine, pag. 122 et 123.

1800. — CALLISEN.

Dans l'ouvrage de ce chirurgien, *Systema Chirurgiæ*, etc., tome 2, page 688, on trouve le passage suivant :

« Lorsque la coarctation de l'intestin est très grande et très profonde, il faut renoncer à ce moyen (l'incision directe sur l'intestin). Cependant, cet état, qu'aucun signe certain n'indique, ne doit nullement empêcher un homme de l'art, sensé, de tenter une opération. Si l'intestin ne pouvait être atteint, ni avec le couteau, ni avec l'instrument propre à la paracentèse, il serait bien difficile de sauver le malade. L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été proposée, dans cet état de

choses, au moyen d'une section pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout-à-fait incertaine; et la vie du petit malade pourra à peine être sauvée. Toutefois l'intestin peut être atteint plus facilement dans ce lieu, qu'au dessus de la région inguinale. »

1802. — VOISIN.

Dans le *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris,* tome 21, page 353, on trouve le fait important que je reproduis en entier :

« Observation sur une imperforation extraordinaire de l'anus chez un nouveau-né, auquel, en pratiquant l'opération de Littre, on ouvrit l'intestin iléon au lieu du colon, qui manquait ainsi que les deux autres gros intestins; par M. Voisin, chirurgien de l'hospice civil de Versailles, etc. Lu à la Société, le 6 frimaire an XIII.

» Les observations connues de MM. Ant. Dubois, Desault, Duret, etc., celle que j'ai communiquée il y a quatre ans à la Société, et dont elle a chargé M. Giraud de lui rendre compte, prouvent incontestablement la possibilité, dans les cas semblables, de suppléer au défaut d'anus naturel, en ouvrant dans la région iliaque gauche la portion du colon qui y répond.

» Soumettre à la Société les faits curieux et extraordinaires de ce genre de vice de conformation, c'est seconder ses vues de perfectionnement sur cette partie de l'art; c'est lui fournir les moyens d'exécuter le projet annoncé depuis longtemps dans son recueil périodique, de faire, de toutes les observations sur ce sujet qui y sont insérées, rapprochées de celles que l'on connaît déjà, un travail complet sur les vices d'organisation de l'anus et des gros intestins, et sur les moyens d'y remédier.

» Littre et Callisen, en proposant d'ouvrir le colon, le premier dans la région iliaque gauche, le second dans la région lombaire du même côté, n'ont point prévu les cas où cet intestin manquerait entièrement. M. Baudelocque en a déjà rencontré un exemple ; l'observation suivante en fournit un autre, avec cette particularité que l'on trouve ici l'absence absolue des trois gros intestins.

» L'épouse de M. V..., domiciliée à Bougival, commune du département de Seine-et-Oise, entre Saint-Germain et Versailles, accoucha heureusement et à terme, le 1er prairial an 10 (21 mai 1802), d'un enfant

vivant. La sage-femme et les parens, effrayés des vices de conformation que présentait l'enfant dont ils ne pouvaient pas même distinguer le sexe, me firent appeler.

» Je reconnus dans cette conformation monstrueuse les singularités suivantes : l'anus manquait entièrement; la peau, vers le point que cette ouverture occupe ordinairement, était lisse, épaisse et saine; le raphé commençait vers ce point et séparait en s'étendant vers la symphyse pubienne deux tubercules de forme mamelonnée, chacun du volume d'une petite cerise. Ces tubercules représentaient le scrotum; en les pressant, il était facile de sentir qu'ils n'étaient formés que par la graisse, et par des replis de la peau.

» On ne découvrait aucune trace de verge.

» Un peu au-dessus des tubercules, dans l'étendue, et dans la direction qu'occupe ordinairement la vulve, on remarquait deux replis formés par les tégumens, placés parallèlement, chacun d'environ trois lignes de longueur et formant comme deux espèces de petites lèvres. Une sinuosité assez superficielle séparait ces petites lèvres; à l'extrémité supérieure de cette sinuosité, on découvrait la forme d'une espèce d'orifice, dans lequel on ne pouvait pénétrer que de la profondeur d'une ligne, soit avec l'extrémité d'un stylet très fin, soit avec une soie de cochon. Cette espèce d'orifice n'aboutissait à aucun conduit; car, pendant la durée de la vie de l'enfant, il ne s'en est point écoulé de fluide.

» Trois lignes au-dessus de la commissure supérieure des espèces de petites lèvres dont je viens de parler, on remarquait une ouverture de forme irrégulière, assez grande pour permettre l'introduction facile d'un gros stylet boutonné. Le méconium sortait en petite quantité, mais continuellement, par cette ouverture. Les cris et les efforts de l'enfant accéléraient cet écoulement.

» De chaque côté de cet anus contre nature se développaient deux protubérances anfractueuses, ayant chacune la forme et le volume d'une grosse amande.

» Elles étaient placées parallèlement sur une direction oblique; elles se touchaient inférieurement par leurs petites extrémités, et s'écartaient supérieurement, au point que leurs grosses extrémités laissaient entre elles un pouce au moins d'intervalle.

Les surfaces de ces protubérances étaient molles, rouges et comme criblées de petites ouvertures, par lesquelles s'écoulait continuellement une sérosité qui avait la couleur et l'odeur de l'urine; le stylet le plus fin pénétrait difficilement dans ces porosités.

» L'anneau ombilical dépouillé de la peau dans l'étendue d'un écu de

six livres, dont le cordon occupait le centre, présentait l'aspect d'une escharre récente.

» On ne sentait aucun corps solide dans la partie occupée ordinairement par les os pubis. Une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et du volume environ de la moitié d'un œuf, couvrait la partie inférieure et postérieure du sacrum; elle était inclinée vers la fesse gauche et dépassait tellement l'extrémité inférieure du coccyx, que l'enfant étant couché sur le dos, les fesses élevées, les genoux fléchis et écartés, on en apercevait une portion.

» Cette tumeur contenait du fluide; et comme elle paraissait prendre naissance des apophyses épineuses du sacrum, on la jugea de la nature du spina-bifida, et on se garda bien d'y toucher.

» Le désordre des parties génitales de cet enfant ne permettait point de décider à quel sexe il appartenait. J'ouvris l'avis de laisser en blanc cet article sur le registre des actes civils, jusqu'à ce que le développement des parties, ou la mort de l'enfant qui paraissait inévitable, permissent de le constater. Cette circonstance, considerée comme question de droit et de médecine légale, ne serait-elle pas digne de fixer l'attention des savans qui s'occupent de cette branche de l'art de guérir?

» Comme l'enfant ne paraissait point souffrir, qu'il tétait assez bien, que le méconium sortait lentement à la vérité, mais suffisamment, pour mettre l'individu à l'abri des effets funestes de la rétention de cette humeur excrémentitielle, je me bornai à engager les parens à maintenir le corps de l'enfant dans une grande propreté.

» Dès le second jour de sa naissance, ce malheureux cessa de vouloir téter; il est vrai qu'il buvait assez bien, à l'aide d'une fiole et d'une éponge, du lait coupé avec de l'eau d'orge.

» Du septième au neuvième jour, la petite ouverture par laquelle les matières stercorales s'échappaient se retrécit insensiblement et finit par n'en plus permettre l'issue, malgré que l'on eût cherché à l'entretenir au moyen de petites tentes d'éponges préparées, et à la dilater avec le bistouri.

» A dater de cette époque, le gonflement et la tension du ventre devinrent considérables; des vomissemens survinrent; et le dixième jour de sa naissance, l'enfant poussait des cris affreux, en faisant de tels efforts pour évacuer, que sa figure devenait violette.

» Tant pour fournir une issue aux matières retenues dans les intestins, que pour tenter de diminuer les angoisses inexprimables que causait à cet infortuné l'impérieuse nécessité des évacuations, je pressai les

parens de consentir à ce que je pratiquasse l'opération de Littre. Ils cédèrent à mes instances, et je la fis le soir même.

« L'enfant couché sur le dos, et fixé par des aides, j'incisai les tégumens, en y formant un pli comme dans l'opération du bubonocèle. Il en résulta une incision de la longueur de deux travers de doigt, suivant une ligne oblique tirée de haut en bas et de dehors en dedans, qui commençait à la hauteur de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles à deux bons travers de doigt de celle-ci, jusques au-dessous de l'épine antérieure et inférieure du même os. Je divisai ensuite, successivement et avec précaution, le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, et le péritoine, à l'aide d'une pince à disséquer, et d'une sonde cannelée, dont l'extrémité était un peu aigüe.

» Dès que le péritoine fut ouvert, il s'échappa de l'intérieur de l'abdomen beaucoup d'air qui y était renfermé, indépendamment de celui qui distendait les intestins. Les cris de l'enfant poussèrent dans la plaie une portion du tube intestinal, que je ne pus dégager en totalité pour passer un fil dans le mésocolon afin de le fixer. L'obstacle était causé par des adhérences que cette portion d'intestin avait contractées avec les parties voisines; adhérences que je regardai comme dangereuses et difficiles à détruire. J'ouvris alors l'intestin engagé dans la plaie, selon sa longueur; il en sortit sur-le-champ beaucoup d'air et de matières stercorales. Le ventre se détendit et l'enfant cessa de crier; je formai une espèce de double tente de charpie, dont les brins réunis en faisceau, avec un fil très fin, et imprégnés de cérat consistant, présentaient assez de solidité pour fixer la portion ouverte du tube intestinal dans la plaie. Chaque portion de tente fut introduite, l'une en haut, l'autre en bas, dans l'intestin ouvert, et les extrémités des brins de charpie qui avaient servi à les former furent épanouies et fixées sur la peau. Je recouvris ensuite la plaie d'une compresse fine, fenêtrée et trempée dans le vin miellé; je garnis les bords de charpie, puis de compresses, et je soutins le tout avec le bandage inguinal.

» Il fut recommandé de tenir l'enfant couché et incliné du côté de la plaie, afin de favoriser l'écoulement des déjections et pour en prévenir l'épanchement dans la cavité abdominale.

» Le lendemain de l'opération, quoique l'appareil fût inondé de matières stercorales, l'enfant éprouvait encore des vomissemens; cependant il avait bu plusieurs fois, et il était calme.

» Jusqu'à la fin du quatorzième jour de sa naissance, époque à laquelle cet enfant a succombé, il a continué de rendre des matières par

la plaie assez librement; mais ayant insensiblement cessé de boire, il s'est éteint sans angoisses. Ainsi, l'opération de Littre qui, dans ce cas, ne pouvait que prolonger la vie et non la conserver, a servi au moins à en rendre la fin plus supportable.

» Trois jours avant la mort de cet infortuné, assistant à une séance de la société de médecine, je rendis compte verbalement de ce fait singulier. Le professeur Chaussier assura que la vessie de cet enfant était retournée et que les os pubis manquaient. On convint que l'enfant ne pouvait vivre; et MM. Chaussier, Sedillot jeune et Léveillé me promirent de venir chez moi pour assister à l'examen du cadavre.

» Nous y procédâmes le 16 prairial an 10. Je n'entreprendrai point de décrire les désordres de la masse cérébrale, et de ses prolongemens, de l'extrémité inférieure du canal spinal, et du *spina-bifida*, par lequel elle se terminait, ni des vices des os du bassin. Je me suis empressé de remettre ces pièces au professeur Chaussier qui me les a demandées pour les joindre à d'autres qui lui sont analogues et qu'il rassemble chez lui, afin de les employer un jour dans un travail général sur cette matière, dont il se propose d'enrichir la science. Je me bornerai donc à ce simple exposé des principaux faits :

» Nous vérifiâmes que les os pubis manquaient entièrement; que les protubérances anfractueuses remarquées sur l'hypogastre par les porosités desquelles s'écoulaient les urines, n'étaient autre chose que la membrane villeuse de la vessie qui se trouvait véritablement retournée.

» Les reins occupaient leur place ordinaire; ils avaient chacun un uretère qui aboutissait extérieurement aux protubérances, non par une ouverture propre à chacun d'eux, mais par une espèce de renflement percé d'une infinité de porosités qui laissaient transsuder les urines.

» Nous cherchâmes vainement les gros intestins, ils n'existaient point.

» L'iléon se terminait, en se rétrécissant, par un prolongement de la forme et de l'étendue de l'appendice du cœcum. Cet appendice aboutissait à la petite ouverture de l'hypogastre qui fournissait une issue imparfaite au méconium.

» La portion ouverte de l'intestin iléon, qui répondait à la plaie pratiquée dans la région iliaque gauche, était retrécie par les adhérences récentes que ses bords avaient contractées avec le péritoine et les lèvres de la plaie des tégumens; de cette plaie, jusqu'à l'appendice qui terminait l'iléon, cet intestin présentait environ quatre pouces de longueur; en général, toutes les circonvolutions se montraient phlogosées, et adhérentes entre elles.

» L'enfant appartenait au sexe masculin : nous trouvâmes les testicules placés intérieurement près des anneaux des muscles du bas-ventre.

» Les autres viscères paraissaient assez bien conformés : le foie seulement offrait un volume plus considérable que dans l'état naturel.

» L'observation que j'ai eu l'honneur de communiquer à la société, il il y a quatre ans, et celle dont il est question aujourd'hui, autorisent, ce me semble, à penser que le succès de l'opération de Littre, dans le cas d'imperforation de l'anus et d'impossibilité absolue de rétablir cette ouverture à l'endroit naturel, soit par le trop grand éloignement du rectum de la peau du périnée, soit par son absence, etc., est subordonné à des circonstances qu'on ne peut ni prévoir, ni reconnaître avant de la pratiquer; il est important d'être prévenu de cette sorte d'incertitude, pour se diriger plus sûrement dans le pronostic porté en pareille occurrence, et pour se former une idée juste des espérances et des craintes que l'on doit concevoir dans ces différens cas.

» Le fait que je viens d'exposer prouve encore qu'on n'est pas toujours certain, en pratiquant l'opération, de rencontrer l'intestin colon, et que l'on peut y suppléer en ouvrant la portion d'intestin grêle qui se présente dans la plaie. Si cette circonstance malheureuse ne laisse point l'espoir d'assurer la durée de la vie de l'enfant, elle fournit au moins le moyen de calmer ses souffrances, et de rendre ses derniers momens moins cruels. »

1809. — DURET.

Dans la Thèse de M. Miriel de Brest, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1835, on a rapporté le deuxième fait de Duret :

Opération d'anus artificiel, pratiquée par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a vécu quatre ou cinq jours.

« Le 19 mai 1809, on apporta à M. Billaut, D. M., un enfant mâle âgé de deux jours, qui depuis sa naissance n'avait pas rendu de méconium, et qui présentait tous les symptômes de l'imperforation anale. L'enfant examiné, M. Billaut reconnut qu'il n'avait point d'anus au lieu où le rectum se termine ordinairement, qu'il n'existait qu'un petit tubercule gros à peu près comme la moitié d'un petit pois, sans qu'aucun autre signe annonçât la présence de l'intestin. Désirant soulager cet enfant, il fit une incision profonde au lieu où le rectum devait répondre; mais ce fut en vain. Après cette tentative, il confia l'enfant au praticien

célèbre à qui le sujet de l'observation précédente devait l'existence (Duret). L'opération, décidée, fut faite de la manière suivante : l'enfant convenablement placé sur une table, une incision fut faite entre la crête de l'os des îles et le bord des fausses côtes gauches ; la peau et les muscles furent d'abord divisés avec précaution ; une sonde cannelée fut introduite entre le péritoine et les intestins ; cette membrane incisée dans une étendue suffisante, l'opérateur saisit l'S du colon, en fit sortir une portion dans la plaie faite aux tégumens, puis la fixa dans cette ouverture au moyen d'un fil passé dans le mésocolon et incisa ensuite l'intestin suivant sa longueur. Les gaz et le méconium sortirent en abondance ; l'enfant, soulagé à l'instant même, s'empara avec avidité du mamelon qu'on lui présenta ; il le suça même avec force, ce qu'il n'avait pu faire depuis sa naissance. Un simple pansement fut fait; les linges se trouvèrent le lendemain pleins de méconium. Le ventre était souple, l'enfant poussait des cris, mais faiblement ; le mieux, sous tous les rapports, continua les jours suivans. Enfin le 24 (quatre ou cinq jours après l'opération), on le trouva mort sans aucune cause connue.

» *Autopsie.* — Après avoir fait à la peau une double incision qui formait une espèce d'ovale très étendu et mettait à même de voir l'adhérence établie entre l'ouverture des tégumens et la portion de l'intestin sortie, M. Duret, à la suite d'une dissection exacte, dirigea son examen et l'attention des spectateurs sur l'incision où était le siège du vice de conformation. Plusieurs injections et insufflations furent faites avec ménagement, et toute l'assemblée fut pleinement convaincue qu'il n'existait aucune communication entre la vessie et le rectum. Ce dernier formait un cul-de-sac qui ne donnait passage à aucun de ses fluides; il était adhérent à la vessie d'une manière intime; en vain fit-on des tentatives séparément et par le canal de l'urètre, et par l'ouverture faite à l'S du colon, pour faire passer de l'air de l'une de ces parties dans l'autre : on ne put y réussir, et toujours il s'établissait entre ces deux organes une ligne de démarcation si bien tranchée, et si facile à voir, surtout après avoir enlevé le tissu cellulaire et le péritoine qui leur servent de moyen d'union, qu'il fut on ne peut plus clairement démontré qu'il n'y avait aucune relation entre les cavités du rectum et la vessie. L'extrémité imperforée du rectum se trouvait à peu près éloignée d'un pouce du lieu où l'anus aurait dû se rencontrer. Cet espace était rempli par du tissu cellulaire; tous les viscères de l'abdomen, ainsi que des autres cavités, étaient dans l'état le plus sain ; les premiers ne contenaient point ou du moins très peu de matières fécales, ce qui prouve que l'évacuation s'en faisait librement. La portion fixée à la plaie était bien l'S du colon :

des adhérences avec les parties voisines étaient déjà établies. Tous les médecins qui ont concouru par leur présence à cet examen sont restés persuadés que l'enfant a succombé faute de nourriture, et qu'il n'eût pas été moins heureux que l'individu opéré par Duret, s'il avait été confié aux soins d'une nourrice abondamment pourvue d'un lait plus riche en principes nutritifs que celui de la femme débile entre les mains de laquelle il avait éte remis. »

1813. — LEGRIS.

Dans la Thèse de Serrant de Saint-Malô, 1814, Montpellier, on trouve le passage suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a vécu dix-sept jours.

« M. Legris, docteur en médecine, chirurgien entretenu de première classe de la marine à Brest, a pratiqué cette opération sur un enfant chez equel, avec l'imperforation de l'anus, le rectum s'ouvrait dans le canal de l'urètre. La mort du sujet survint dix-sept jours après l'opération; l'ouverture du cadavre fit voir qu'une portion d'intestin grêle s'était étranglée près de l'angle supérieur de l'anus artificiel, et qu'une péritonite à laquelle les parens donnèrent lieu par des actes d'imprudence causa cette fatale terminaison. »

1814. — SERRAND.

Dans sa Thèse, soutenue à Montpellier en 1814, M. Serrand a consigné le fait suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui vivait encore au mois de décembre 1814, c'est-à-dire, vingt-deux mois après l'opération.

« Le 26 janvier 1813, on apporta à l'hospice civil de Brest, dont j'étais prévôt, chargé par M. Cornus, médecin de cette maison (bon père et bon époux, ce praticien instruit est également aimé de ceux qui ont avec lui des rapports de service, qu'il est chéri de sa famille), et sous ses auspices, de la partie chirurgicale, un enfant femelle, baptisée sous les noms de Marie Perine, née le 23 du même mois, présentant une imperforation

du rectum à un pouce et demi de l'anus, qui était naturellement conformé. La sage-femme qui apporta cet enfant avait infructueusement essayé les sirops laxatifs et les lavemens : ceux-ci, rencontrant l'obstacle produit par le vice de conformation, refluaient aussi vite que la seringue se vidait; ce qu'elle attribua à toute autre cause, jusqu'au moment qu'effrayée par les accidens qui se manifestaient, elle consulta M. Miriel, médecin de cette ville, qui, ayant reconnu la cause de l'état extrême de l'enfant, l'envoya à l'hospice, attendu que sa mère n'était pas connue, soixante heures après sa naissance. Alors le ventre était très distendu et douloureux par l'accumulation des matières; à une respiration courte et entrecoupée se joignaient de fréquens vomissemens et des hoquets continuels; la faiblesse de l'enfant était telle, que l'on entendait à peine les plaintes expressives de ses douleurs (1).

La résistance du bourrelet ligamenteux terminant le cul-de-sac; l'incertitude de l'état de l'intestin à sa partie inférieure et de la distance à laquelle se terminait sa cavité; la probabilité du défaut de rapport entre l'ouverture de l'anus et celle du rectum (en supposant la possibilité d'atteindre cet intestin), ce qui eût probablement occasionné des infiltrations mortelles, ainsi qu'il est arrivé à MM. Sabatier, J.-L. Petit, Angerand, etc., etc.; enfin, la faiblesse extrême de l'enfant, dont les fréquentes suffocations faisaient craindre une fin prochaine, déterminèrent sur l'indispensable nécessité d'arracher ce petit moribond à une mort évidente, en donnant une issue prompte aux matières accumulées dans le tube intestinal, par l'ouverture du colon, suivant le procédé de Littre, exécuté avec succès par M. Duret, et depuis par un chirurgien de Lyon. Chargé par M. Cornus d'exécuter cette opération, je consultai M. Duret sur son procédé; et l'ayant informé de l'état de l'enfant, ce praticien partagea l'avis proposé, regardant l'opération de Littre comme le seul moyen offrant quelque probabilité pour le salut du petit sujet.

» En présence de M. Cornus et de plusieurs chirurgiens de la marine, docteurs-médecins, je pratiquai l'opération de la manière suivante :

» Après avoir convenablement placé et fixé l'enfant par deux aides, et après m'être assuré de la région occupée par l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, je fis une incision oblique en haut et en dehors, commençant devant et à six lignes de cette épine; les tégumens furent divisés dans l'étendue de deux pouces.

(1) La saillie observée par quelques praticiens vers la région iliaque gauche, et marquée quelquefois par un point noirâtre, qui constitue un lieu de nécessité pour l'opération de Littre, n'existait nullement.

» Les tégumens, les muscles et le tissu cellulaire inter-musculaire ayant été incisés avec les précautions convenables, je parvins jusqu'au péritoine, dans la cavité duquel je pénétrai; cette membrane fut ensuite divisée avec une sonde cannelée, dans une étendue suffisante; l'issue d'une grande quantité de fluide péritonéal suivit immédiatement l'ouverture de cette cavité.

» Une portion d'intestin grêle se présenta aussitôt à cette ouverture (*cette complication se rencontra aussi dans la même opération exécutée par M. Legris, dix-neuf jours auparavant*).

» L'extrême dilatation de l'intestin, produite par les matières qu'il contenait, et sa couleur rouge très foncée, nous laissèrent un instant incertains sur la partie du tube intestinal à laquelle cette portion appartenait; cette incertitude était d'autant plus fondée, que l'anatomie nous apprend que, dans le fœtus, les bosselures de l'intestin colon n'existent pas, et que les bandes longitudinales, peu sensibles dans l'état naturel, pouvaient être effacées par la dilatation de l'intestin.

» Cette portion, reconnue à sa mobilité et à la résistance venant du côté interne, lorsque j'exerçai une légère traction, fut aussitôt réduite, et bientôt le colon se présenta à l'ouverture; après l'avoir fixé avec le pouce et l'index de la main gauche, je portai une aiguille courbe, armée d'un fil ciré, dirigée par l'ongle de ce dernier doigt, jusqu'au mésocolon, que je traversai de dedans en dehors, avec la précaution d'éviter l'intestin (1).

» Fixé dans la plaie des tégumens au moyen de l'anse de fil, le colon fut ouvert sur sa convexité, et suivant sa longueur, dans l'étendue d'un pouce; aussitôt, cette ouverture donna issue à une grande quantité d'air et de méconium; le hoquet et les vomissemens cessèrent; la plaie fut pansée à plat, et l'abdomen, fréquemment fomenté, s'affaissa sensiblement dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération.

» Le lendemain, l'enfant tétait avec avidité; la chaleur et la couleur de la peau prirent leur état naturel; les linges qui l'entouraient étaient remplis de méconium, et il faisait entendre les cris naturels de cet âge.

» Le troisième jour, deux hémorragies considérables me firent craindre une terminaison fâcheuse : *considérées comme saignées locales, ces hémorragies n'ont-elles pas été avantageuses, en prévenant une*

(1) Si l'on opère sur un enfant femelle, il est important, dans ce temps de l'opération, de se rappeler la situation libre et flottante de l'ovaire dans la partie interne de la fosse iliaque, pour éviter de la comprendre dans l'anse de fil. Je tiens d'un médecin de cette ville, qu'en passant le fil dans le mésocolon, il comprit l'ovaire dans l'anse, ainsi que le lui prouva l'ouverture du cadavre.

trop grande exaltation des propriétés vitales dans les parties comprises dans l'opération?...

» Depuis cette époque jusqu'au treizième jour de l'opération, l'enfant, dont les fonctions s'exécutaient librement, était dans l'état le plus satisfaisant.

» Le quatorzième jour, il se fit un renversement subit que je reconnus bientôt pour appartenir au bout inférieur de l'intestin, l'extrémité de ce renversement ne donnant passage à aucune matière.

» La nourrice de l'hospice, chargée d'allaiter Marie Perine, étant obligée de remplir la même tâche envers d'autres enfans naturels, pour suppléer au lait nécessaire à la nutrition de cet enfant, je lui fis prendre une bouillie faite avec le lait de vache nouvellement trait et la croûte de pain tamisée; elle digéra très bien cette nouvelle substance.

» A l'âge de trois mois, Marie Perine fut confiée aux soins d'une nourrice *extra-muros*. A cette époque, l'anus artificiel présentait un renversement d'un pouce et demi, et les matières sortaient par une ouverture placée à la partie supérieure de sa base. Depuis le 10 avril, la portion qui formait le renversement était rentrée en totalité; phénomène auquel je ne croyais pas devoir m'attendre, et qui présentait l'avantage de soustraire au contact des agens extérieurs une partie sensible et irritable.

» Quoique cette réduction, qui s'était opérée graduellement, n'eût été secondée par aucun effort de l'art, mais bien par la seule opération de la nature, les observations de MM. Sabatier, Fabrice de Hilden, Hildanus, Albinus et Lecat, qui rapportent des exemples de double renversement où les matières s'évacuaient par le bout supérieur, l'état de Drevez, opéré par M. Duret, qui présente la même disposition; ces observations, dis-je, me faisaient craindre que l'état heureux dans lequel se trouvait Marie Perine ne fût pas de longue durée.

» La suite a justifié mes craintes. Quatre mois après, la nourrice, effrayée de la sortie spontanée de la portion intestinale appartenant au bout inférieur, vint me prévenir de cet incident, dû à l'absence d'un sphincter à l'ouverture artificielle, inconvénient auquel l'art ne peut remédier.

» Marie Perine est actuellement âgée de vingt-deux mois; l'exécution de ses fonctions est libre et facile, et malgré la sensation désagréable que peut lui occasionner le contact de la chemise sur la muqueuse de la portion d'intestin renversée et sortie (1), elle se livre avec joie à tous les exercices enfantins de son âge. »

(1) Lorsque cette enfant sera plus âgée et par conséquent susceptible de

1815. — FREER.

Opération d'anus artificiel par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a survécu trois semaines.

Dans le *London medical phys. Journal*, 1821, Pring dit « que chez un enfant né sans anus, et chez lequel on ne put atteindre le rectum à l'aide d'un troisquart, Freer établit un anus artificiel en ouvrant le colon dans la fosse iliaque gauche; une grande quantité de méconium fut évacuée, et durant trois semaines que l'enfant vécut, les matières passèrent librement par la plaie; l'enfant tétait et dormait bien; il semblait ne pas souffrir. Mais il mourut de marasme. L'intestin ouvert adhérait fortement à la plaie des parois de l'abdomen, et il n'y avait aucune apparence d'inflammation des intestins et des autres viscères. Dans ce cas, quoiqu'elle se soit terminée d'une manière fâcheuse, l'opération avait, sans aucun doute, prolongé la vie de l'enfant. »

1816. — MIRIEL père.

Dans la Thèse de M. Miriel fils, on trouve l'observation de la première opération d'anus artificiel pratiquée avec succès par son père :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé, qui vivait encore le 3 avril 1835.

« Le 16 mai 1816, mon père (M. Miriel) accoucha madame *** d'une fille qui lui parut bien conformée, et qui, à plusieurs reprises, but de l'eau sucrée et saisit le sein sans se plaindre. Dans la nuit du 16 au 17, elle refusa toute boisson et commença à vomir. Le 17 au matin, mon père fut prévenu de ces accidens. Présumant de suite, aux symptômes qui existaient, qu'il avait affaire à une imperforation du tube digestif, il examina l'organe de la défécation. L'anus était bien conformé. Ayant essayé d'introduire une sonde dans le rectum, il fut arrêté par un obstacle situé à six lignes de hauteur : bientôt, par l'exploration faite au moyen du pe-

connaître les avantages d'une boite, d'une forme appropriée, destinée à recevoir les matières fécales, laquelle sera fixée à une espèce de ceinture, soutenue par des bretelles qui seront placées de manière à ne pas gêner le développement des mamelles, il sera facile d'obvier à l'inconvénient de l'issue continuelle des excrémens.

tit doigt, il acquiert la certitude du vice de conformation. M. Duret, ayant aussi exploré, ne sentit aucune fluctuation, et le plancher du rectum lui parut même d'une épaisseur très grande et d'une forme inappréciable. L'incertitude d'une incision ou d'une ponction faite par un instrument nécessairement un peu dirigé au hasard dans des lieux où les écueils sont si nombreux, les accidens consécutifs qui étaient à craindre par la seule étroitesse de l'ouverture pratiquée, l'épaisseur de la cloison, sa forme, firent adopter l'établissement d'un anus artificiel à la région iliaque.

» L'opération fut remise au lendemain 18, afin de s'assurer encore si la pulsion ne deviendrait pas plus apparente; mais l'exploration nouvelle n'ayant rien indiqué, l'opération de *Littre* fut faite par mon père. Comme elle n'a rien présenté de remarquable, je ne la décris pas; seulement je ferai observer qu'il eut bien soin d'éviter de comprendre dans l'anse de fil passée dans le mésocolon la portion de l'ovaire qui, comme tout le monde le sait, est libre, flottante dans la partie interne de la fosse iliaque. Du reste, elle eut un plein succès. Parfaitement guérie, la petite fut abandonnée aux soins de ses parens le 1er juin. Depuis, elle s'est toujours bien portée. La nutrition s'opère à merveille; elle a la fraîcheur, la force des personnes le mieux constituées. »

1820. — PRING.

Dans le *London medical physical Journal*, 1821, on a publié les faits de Pring et de Freer, que je reproduis ici, d'après la traduction qui en a été faite par M. le docteur Costallat.

Opération d'anus artificiel par le procédé de Littre, sur une femme de soixante-quatre ans, qui vivait encore cinq ou six mois après l'opération, époque à laquelle l'observation a été publiée.

« Le cas qui forme le principal sujet du mémoire suivant tire le peu d'intérêt qu'il peut avoir de deux circonstances, celle de la rareté d'une semblable opération en chirurgie, et celle du succès dans un cas où l'expérience générale faisait craindre une issue défavorable.

» Madame White, veuve, mais n'ayant jamais eu d'enfans, âgée de soixante-quatre ans, ayant joui généralement d'une bonne santé, éprouva, dans l'été de 1819, de vives douleurs dans l'abdomen; elles se faisaient surtout ressentir du côté gauche, un peu au-dessous des côtes; ses selles contenaient souvent du sang avec beaucoup de mucosités; sa maladie fut considérée comme une dyssenterie, et fut traitée par le mercure, l'ipéca-

cuanha, l'opium et les minoratifs salins. Au bout de quinze jours la bouche s'affecta, les dents vacillèrent, il se forma un ulcère sur une des joues. Le mercure, interrompu pendant huit jours, fut repris parce qu'il avait paru amender les symptômes de la maladie; mais la bouche s'étant affectée de nouveau, il fallut y renoncer. Cette dame quitta Bath, assez bien rétablie, et retourna chez elle; là elle eut, vers Noël suivant, une nouvelle inflammation de l'intestin, avec constipation opiniâtre : elle était sujette à la diarrhée, et, quand cette diarrhée se supprimait, elle ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide des purgatifs.

» Madame White revint à Bath en février 1820; elle me parla alors pour la première fois d'une obstruction qu'elle éprouvait dans les voies inférieures; tout, disait-elle, paraissait s'arrêter en un point, et quand les matières avaient franchi cet obstacle, elle se trouvait soulagée des douleurs qu'elle éprouvait. Ayant introduit mon doigt dans le rectum, je ne reconnus aucun point malade. J'introduisis alors une bougie rectale qui rencontra un obstacle à environ quatre pouces de l'anus; la bougie fut introduite tous les deux jours, et, à la troisième ou quatrième introduction, elle passa librement au-delà de ce que j'avais cru être un rétrécissement. Je ne sais si cette coarctation existait précédemment ou avait été déterminée par l'irritation de la bougie. Une bougie de médiocre grosseur pénétra jusqu'à sept pouces; là, elle fut complètement arrêtée : une bougie urétrale n'alla pas plus loin, et je la ployai en essayant de forcer le passage. Après des tentatives réitérées avec des bougies de diverses grosseurs, le résultat fut si peu satisfaisant qu'il ne fut plus permis d'attendre aucun avantage de ce mode de traitement, je l'abandonnai. Les symptômes n'éprouvèrent ultérieurement que peu de changement. Tant que le ventre était tenu libre par l'usage régulier de l'huile de ricin, du sel d'Epsom, etc., la souffrance était adoucie; mais comme il arrivait quelquefois que ces moyens n'avaient pas de succès, il survenait une constipation dont les plus puissans purgatifs triomphaient à peine, aidés par les lavemens de savon, d'aloès, etc. ; c'était à grand'peine qu'on avait obtenu des selles presque tous les jours jusqu'au 25 juin; mais alors l'obstruction, qui avait toujours crû, parut être devenue complète. L'art s'épuisa en vains efforts pour procurer des évacuations; les sels, le séné, l'aloès, la coloquinte, le jalap, la scammonée, la gomme-gutte, l'élatérium, le calomel furent donnés aux plus hautes doses et diversement combinés. L'huile de ricin fut donnée à la dose de trois onces, et comme les vomissemens étaient rares, ces médicamens étaient généralement gardés. On administra aussi des injections de différentes sortes et par différens moyens; elles furent quelquefois gardées pendant une demi-heure, à la dose de quatre

ou six onces, puis violemment expulsées. On essaya de passer une sonde flexible au-delà de l'obstacle, afin de pouvoir introduire des lavemens au-dessus du siége du mal. Il n'est pas certain qu'on ait atteint le but mécanique de cette opération. Le pouls était d'environ quatre-vingt-dix pulsations, rarement au-dessus de cent. La langue était sèche et nette. Point de vomissemens, à moins qu'ils ne fussent excités par la présence de remèdes ou d'alimens.

» L'abdomen était considérablement distendu et légèrement sensible; la malade fut saignée une fois sans aucun amendement, plutôt par précaution que par nécessité; et tous les autres moyens ayant échoué, on donna le laudanum à hautes doses, sans espérance raisonnable et sur la supposition de l'existence d'un spasme. Il devenait évident que l'obstacle, quelle qu'en fût la cause, était insurmontable. Pensant que la mort allait bientôt s'en suivre, comme dans le cas cité par M. White, je résolus de donner à ma malade une chance de vie, en pratiquant un anus artificiel, si elle y consentait. J'avais entendu dire vaguement qu'une telle opération avait été faite par M. Freer, de Birmingham; mais, à cette époque, je ne connaissais pas exactement les détails du cas et de l'opération. Je proposai cette dernière ressource à ma malade, qui ne s'y opposa pas. Néanmoins, je voulus avoir l'avis de M. George Norman, qui, après avoir examiné attentivement la malade, pensa que l'établissement d'un anus artificiel était la seule ressource qui pût prolonger sa vie.

» Le lendemain, 7 juillet, douze jours depuis le commencement de la rétention totale des fèces, je me rendis auprès de la malade avec M. Georges Skinner. Nous trouvâmes que son état, loin de s'être amélioré, avait empiré par la prolongation des souffrances. La malade, désireuse de vivre à quelque prix que ce fût, consentit à l'opération. En conséquence, l'ayant placée sur une table, je fis, au côté gauche de l'abdomen, une incision commençant environ à deux pouces au-dessus, et à un pouce en dedans de l'épine antérieure supérieure de l'os iliaque; cette incision fut étendue obliquement en bas et en dedans jusqu'à trois quarts de pouce du bord du ligament de Poupart. Le fascia qui couvre les muscles abdominaux fut ainsi mis à découvert dans l'étendue de trois à quatre pouces. Une ouverture fut alors pratiquée à travers les muscles oblique externe, oblique interne et transverse, puis agrandie à l'aide d'un bistouri conduit sur mon doigt dans l'étendue de l'incision externe. Le péritoine étant mis à nu, une petite ouverture fut pratiquée dans cette membrane, puis agrandie dans l'étendue de deux à trois pouces. La malade étant violemment agitée et le diaphragme et les muscles abdominaux se contractant avec force, une masse considérable d'intestin grêle fut

poussée au-dehors par la partie supérieure de la plaie; mais elle fut bientôt replacée. Le colon fut ainsi mis pleinement à découvert un peu au-dessus de sa courbure sigmoïde; et, dans ce lieu, je fis une incision d'un pouce et demi en longueur. Cette incision fut faite du côté gauche de l'intestin, dans la vue d'éviter quelques petites branches de l'artère mésentérique inférieure qui se distribuaient du côté droit. Le contenu des intestins fut immédiatement expulsé avec une grande force et à une distance considérable. A mesure que les matières s'échappèrent, l'intestin revint sur lui-même et il commença à quitter sa place. En conséquence, une ligature fut passée à la partie inférieure de l'ouverture et maintenue dans la plaie extérieure jusqu'à ce que les intestins fussent complètement vidés. L'obstacle ne put être senti par le doigt introduit dans la plaie; aussi ne fit-on aucune tentative pour en triompher par cette voie. L'ouverture de l'intestin fut unie à la plaie extérieure par quatre sutures; une en haut, une en bas et une de chaque côté. La plaie des tégumens fut réunie à ses angles par deux sutures au-dessus et une au-dessous de l'ouverture de l'intestin. Elle fut alors pansée avec des bandelettes agglutinatives au-dessus et au-dessous de l'ouverture de l'intestin, et celle-ci fut couverte d'une légère compresse; la malade fut mise au lit.

» L'opération ne fut suivie que d'un très léger trouble général. Il n'y eut pas de vomissemens. La malade se sentit soulagée de la douleur que causait la distension : elle eut plusieurs selles liquides, prit du gruau et dormit un peu dans le courant de la nuit. Le lendemain, la plaie avait un bon aspect, le pouls était entre cent et cent dix, la langue sèche, l'abdomen très peu sensible. Elle prit quelques apéritifs, du gruau et du bouillon. Le troisième jour, la plaie était très-enflammée, et les points de suture disposés à s'ulcérer. Les tégumens ne s'étaient réunis que dans une étendue assez peu considérable; en somme, l'aspect général de la malade était défavorable; son pouls était fréquent et faible, et la langue sèche et ulcérée. On proposa de couper les sutures; mais comme la réunion était encore très-imparfaite, on craignit que les intestins grêles ne fussent poussés au dehors; d'ailleurs nous ne comptions guère sur un résultat favorable, et M. Norman observa qu'il était peu à craindre que les sutures ne coupassent la peau, attendu qu'elles dureraient autant que la malade. A cette époque on ne pouvait pas raisonnablement s'attendre à une autre issue; l'inflammation de la plaie, qui était de nature érysipélateuse, continua à s'accroître, et, en huit ou dix jours, elle produisit une gangrène étendue et la destruction complète de la peau, du tissu cellulaire, du fascia dans l'espace de plusieurs pouces autour de la plaie. Le colon fut mis à nu dans toute l'étendue de l'incision qui y avait été pratiquée; ses

bords se renversèrent. Sa couleur était d'un rouge foncé et l'on vit qu'il avait contracté des adhérences solides avec le rebord musculaire qui l'entourait : durant ce travail de gangrène, la plaie fut couverte de cataplasmes et la malade prit du quinquina, de l'ammoniaque, une confection aromatique, du vin de Porto, du bouillon et des dépuratifs. La bouche, la langue et la gorge, qui étaient couvertes d'aphtes et d'ulcérations, furent plusieurs fois lavées avec une solution d'alun dans du miel et de l'eau.

» L'inflammation, qui avait couvert presque tout l'abdomen et les hanches, avait diminué ; la gangrène s'était bornée environ quinze jours après l'opération. Il y avait alors une plaie large, béante et de mauvais aspect. La destruction du tissu cellulaire et du fascia sous la peau avait été si considérable qu'une sonde en atteignait à peine les limites, dans quelque direction que ce fût; les forces étaient tellement tombées qu'il n'était guère possible d'espérer la cicatrisation d'une plaie aussi étendue. Elle guérit cependant avec lenteur, et l'adhésion des surfaces d'une large poche qui s'étendait depuis la plaie jusque vers les côtes et dans le dos fut favorisée par un séton.

» Durant les quatre ou cinq premières semaines après l'opération, la malade ne put évacuer volontairement ses urines. Il fallut la sonder deux fois par jour. Elle eut, dans le courant de la cicatrisation de la plaie, des frissons suivis de fièvre, de sensibilité de l'abdomen, quelquefois de vomissemens; elle eut plusieurs attaques d'une inflammation érysipélateuse qui couvrit quelquefois presque tout le dos, les hanches, les fesses et la partie postérieure des cuisses. La région du sacrum s'ulcéra. Cet accident fut très incommode à cause de la sensibilité de la peau, entretenue par le décubitus de la malade sur le dos, et par l'impossibilité de la tenir toujours sèche, les matières fécales s'écoulant presque continuellement. Malgré tous les obstacles et tous les accidens qui s'opposèrent à la guérison, l'état de la malade s'améliora graduellement par des efforts et des soins assidus, Quand sa santé générale était bonne, la guérison de la plaie faisait de rapides progrès ; mais rarement il y avait un amendement continu pendant plusieurs jours de suite ; il survenait de la fièvre, un érysipèle, du malaise ou quelque autre chose qui retardait la guérison. C'était un travail contrarié et précaire, qui demandait beaucoup de ménagemens. Les matières fécales semblaient irriter beaucoup la peau. Il est probable que l'inflammation doit être surtout imputée à cette qualité irritante.

» Si l'on demandait une preuve additionnelle de la nécessité de l'opération dans ce cas, on la trouverait dans la circonstance que la malade

n'a eu aucune espèce d'évacuation par l'anus naturel durant les trois premiers mois qui suivirent l'opération. Comme elle prenait habituellement des médicamens apéritifs, le contenu des intestins était toujours fluide, et leur mouvement péristaltique était extraordinairement excité. Comme la continuité du colon était conservée, il faut en conclure qu'à moins que l'obstacle eût été absolument imperméable, quelques matières fluides auraient passé dans le rectum pendant un aussi long espace de temps, et en auraient été expulsées comme les lavemens l'étaient avant l'opération. Je pensai donc que l'intestin était imperméable et que la portion située au-dessous de la plaie s'était resserrée par défaut de distension et s'oblitérerait avec le temps; mais cette conjecture était erronée, comme le sont souvent les conjectures. Le 1er octobre, plus de trois mois depuis l'arrêt complet du cours des matières, une portion de fèces indurée et allongée passa par l'anus naturel. Depuis, la même évacuation s'est reproduite irrégulièrement. Mais ces matières ont un trop petit volume pour qu'on puisse espérer que le calibre de l'intestin se rétablisse jamais.

» L'ouverture artificielle n'a montré aucune disposition à se resserrer; les bords de l'incision de l'intestin, dans le cours de la première quinzaine, s'étaient réunis dans une très petite étendue; aussi l'ouverture est-elle coupée, à sa partie inférieure, par une bride qui laisse, en haut, un large pertuis et un petit en bas. Les fèces s'écoulent surtout par le premier.

» Il y a environ un mois, la malade a eu une attaque d'apoplexie, suivie d'une complète paralysie du bras droit. Elle fut saignée, purgée et couverte de vésicatoires. Le bras fut plusieurs fois plongé dans l'eau chaude, et frotté avec un liniment stimulant. Elle reprit l'usage de son bras en quatre jours et sa santé fut aussi bonne qu'auparavant.

» Quinze jours après l'attaque, elle se plaignit de douleurs, de vertiges, d'un sentiment de pesanteur dans la tête, et elle eut une nuit agitée. On lui fit des scarifications à la nuque, au moyen desquelles on retira dix onces de sang, et on la purgea avec une prise de calomel, de sels et de séné. En peu de jours elle fut délivrée de ses souffrances.

» L'anus artificiel est maintenant établi depuis cinq ou six mois. L'objet de l'opération a été complètement atteint. La santé paraît bonne, et cette dame n'a plus éprouvé les accidens dyssentériques auxquels elle était sujette auparavant.

» Son pouls est ordinairement de soixante-dix pulsations, sa langue nette, son teint fleuri, sa digestion bonne et son estomac tire si bien parti des alimens, qu'elle peut se contenter d'un régime très sévère.

» Elle a repris son embonpoint en grande partie ; elle peut se lever et même se promener dans la maison, mais elle ne s'est pas hasardée souvent à cette dernière expérience. Elle a généralement une ou deux selles par jour, et, à tout prendre, elle n'éprouve pas, du mode d'évacuation, autant d'inconvénient qu'on aurait pu s'y attendre. Quand elle est debout, l'intestin a une grande disposition à la procidence. Il n'en serait pas ainsi, si la peau qui le couvrait ne s'était pas malheureusement gangrénée; cependant, le prolapsus n'est pas considérable. C'est simplement un allongement de la partie de l'intestin qui est à découvert. On espère que cette disposition au prolapsus diminuera quand on sera parvenu, à l'aide de l'expérience, à améliorer l'appareil qu'elle porte.

» Elle a un bandage à peu près semblable à celui pour l'exomphale, construit avec un ressort circulaire, et une large pelote qui contient un ressort à boudin et qui est maintenue en place au moyen de courroies. Mais cet appareil ne fait pas aussi bien qu'une compresse maintenue par une bande que l'on serre fortement autour d'elle.

» Cet anus artificiel fut pratiqué plutôt d'après l'analogie des hernies étranglées, que d'après des précédens. J'ai depuis trouvé qu'une incision dans le colon a été faite pour la première fois par M. Duret, chirurgien à Brest, sur un enfant né avec un anus imperforé, sur qui la terminaison du rectum ne put pas être découverte par une incision pratiquée au lieu naturel de cette ouverture.

» Ce cas qui est, je crois, le seul, a été rapporté par Sabatier : M. Callisen, chirurgien de Copenhague, a proposé de mettre à découvert le côté gauche du colon dans la région lombaire, où il le suppose en dehors du péritoine, et d'y faire une incision entre le bord des fausses côtes et la crête de l'iléon, parallèle au bord antérieur du carré des lombes. Cette opération a été pratiquée sur le cadavre avec difficulté par M. Callisen; et son exemple ne doit pas être imité sur le vivant, car il ne promet aucun avantage.

» Je reviens à l'observation de ma malade, Mme de White. Il est bon de remarquer que les inconvéniens d'un anus artificiel ne sont pas tels dans sa position qu'ils lui fassent regretter le parti qu'elle a pris de se soumettre à l'opération.

» Au contraire, loin qu'elle ait à s'en plaindre, je pense que sa position a été améliorée tant au moral qu'au physique; car elle n'est plus en quête de quelque chose qui l'intéresse, et elle a maintenant une occupation pour le reste de ses jours.

» Ainsi, il paraît que sur quatre cas la formation d'un anus artificiel par l'incision du colon a réussi dans deux : une fois dans un cas d'anus imperforé, et la seconde dans un cas d'un rétrécissement insurmontable.

Dans les deux cas malheureux, la réussite a été si voisine, qu'on regardera peut-être leur issue funeste plutôt comme une exception que comme un résultat constant. »

1818. — FREER.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un homme de quarante-sept ans; mort huit jours après l'opération.

« Le 24 décembre 1817, je fus prié de me trouver en consultation avec les docteurs Johnstone et Delys de Birmingham, et M. Short, chirurgien de Solihull, pour M. Lowe, riche fermier, demeurant à environ sept milles de Birmingham. M. Lowe, âgé d'environ quarante-sept ans, régulier et tempéré dans toutes ses habitudes, avait joui d'une bonne santé non interrompue; mais, il y a quinze mois, il commença à souffrir d'une dyspepsie accompagnée d'une diminution dans la sécrétion de la bile. Le docteur Johnstone lui avait prescrit par intervalles, et avec un avantage momentané, des mercuriaux, au point de produire une légère affection des gencives; il avait aussi ordonné quelques toniques. Le malade avait aussi fait usage de l'eau de Leamington. Au moment où je le vis, il se plaignait d'une douleur sourde et fixée à la partie inférieure du ventre; et il était troublé de flatuosités et d'autres symptômes dyspeptiques; il était extrêmement constipé, et les fèces étaient comprimées d'une manière extraordinaire; il avait aussi quelque difficulté à uriner.

» En introduisant le doigt dans l'anus, nous reconnûmes qu'il existait une contraction du rectum, mais située si haut qu'elle pouvait à peine être atteinte par l'extrémité du doigt. La prostate était considérablement tuméfiée. Il fut convenu dans la consultation qu'on administrerait fréquemment des lavemens et qu'on emploierait des moyens mécaniques, pour triompher, s'il était possible, du rétrécissement du rectum; en conséquence des bougies rectales furent employées pendant plusieurs semaines; l'état général du malade parut s'améliorer, et lui permit de faire un exercice modéré pour les affaires de sa maison. Mais il conservait une grande difficulté à rendre ses selles, et leur aspect montrait que le rectum était aussi resserré que jamais. M. Short nous apprit qu'il ne pouvait porter la bougie au-delà de cinq pouces dans l'intestin; évidemment la maladie faisait des progrès. Dans ces circonstances, le docteur Delys et moi, nous eûmes une nouvelle consultation avec M. Short. Le malade, qui n'avait pas eu de selles depuis le 27, était très mal à son

aise; le ventre, quoiqu'il ne fût pas plus douloureux qu'à l'ordinaire, était très tendu. De petites doses d'élatérium furent prescrites, ainsi que des lavemens d'aloès, mais sans succès.

» Le 3 février, nouvelle consultation; le malade n'avait point eu de selles et avait vomi, accident très peu ordinaire chez lui. Son ventre était gonflé et dur sans être sensible à la pression. Son pouls était vif, et sa contenance exprimait beaucoup d'anxiété. Nous examinâmes de nouveau le rectum, mais sans atteindre complétement le rétrécissement, et nous ne pûmes faire passer aucune bougie, même les plus petites, à travers la partie rétrécie. Dans ces circonstances, il fut jugé convenable de faire une tentative pour surmonter à l'aide du bistouri le rétrécissement de l'intestin; j'introduisis le mieux que je pus un long bistouri guidé par le doigt indicateur, le long de la face concave du sacrum, jusqu'à ce que je rencontrasse une résistance qui empêchât l'instrument d'aller plus loin; mais tous mes efforts pour diviser le rétrécissement furent impuissans, et, après la sortie de quelques gaz et d'un peu de sang, mais non de matières fécales, le malade fut remis au lit : il prit un opiat et un bain tiède. Le lendemain, nous le trouvâmes soulagé, il avait passé une meilleure nuit que nous n'avions pu nous y attendre; il n'avait plus de nausées; mais il n'était toujours point allé à la selle, malgré plusieurs doses d'huile de ricin et des lavemens émolliens.

» Il devint évident qu'il n'y avait rien à attendre de l'usage des remèdes, la mort était inévitable; nous nous décidâmes donc à proposer au malade comme dernière ressource une opération qui certainement était hasardeuse, mais que l'état désespéré de M. Lowe semblait justifier. C'était l'établissement d'un anus artificiel dans la région iliaque gauche. M. Lowe consentit à subir une opération, quelle qu'elle fût, pour se conserver à sa nombreuse famille.

» La possibilité d'une semblable opération s'était présentée au docteur Delys et à moi, deux ans auparavant. C'était sur un enfant né sans anus et chez lequel on ne put atteindre le rectum à l'aide d'un troisquart. Nous pensâmes que le seul moyen de sauver la vie de cet enfant était de pratiquer un anus artificiel, en ouvrant le colon dans la fosse iliaque gauche. Je pratiquai l'opération : une grande quantité de méconium fut évacuée et, durant les trois semaines que l'enfant vécut, les matières passèrent librement par la plaie; l'enfant tétait et dormait bien; il semblait ne pas souffrir, mais il mourut de marasme. L'intestin ouvert adhérait fermement à la plaie des parois de l'abdomen, et il n'y avait aucune apparence d'inflammation des intestins ou des autres viscères. Dans ce cas, quoiqu'elle se soit terminée d'une manière fâcheuse, l'opération avait

sans aucun doute prolongé la vie de l'enfant, et elle semblait nous autoriser à la recommander pour M. Lowe. Différens cas, rapportés par les chirurgiens, nous ont appris que les blessures du colon sont, toutes choses égales d'ailleurs, moins dangereuses que celles des autres intestins. C'est pour cela que nous regardâmes le colon comme le point le plus convenable pour l'établissement d'un anus artificiel. En outre, une ouverture dans la courbure sigmoïde trouble moins les fonctions de la nutrition que si elle était pratiquée sur un point quelconque de l'intestin grêle.

» Mais comme nous voulions attendre qu'une opération aussi hasardeuse devînt absolument indispensable, nous crûmes devoir encore la différer. Le lendemain, 5 février, M. Short nous écrivit que M. Lowe avait eu une nuit très agitée, qu'il avait vomi plusieurs fois, qu'il était très fatigué par le hoquet, qu'il se plaignait de douleurs dans tout le ventre et qu'il désirait notre présence, résolu qu'il était de se soumettre à une opération quelle qu'elle fût.

» Depuis plusieurs jours nous avions réfléchi à cette opération, et nous étions tombés d'accord que le lieu d'élection pour l'incision externe était la région iliaque gauche, un pouce environ au-dessus de l'épine antérieure supérieure de l'iléon, et un ou deux pouces au devant de cette épine. En conséquence, je fis une incision d'environ trois pouces de long en ce point, et après avoir divisé avec précaution les muscles et le péritoine, je découvris le colon couvert par l'épiploon; j'écartai avec quelque difficulté, à l'aide du doigt, l'épiploon, qui adhérait aux intestins, et après avoir fixé, par un point de suture, le colon à chaque angle de la plaie, je fis une incision longitudinale dans l'intestin, de deux pouces d'étendue. Il y eut immédiatement un jet considérable de matières liquides et très fétides, et beaucoup de gaz s'échappèrent par l'intestin ouvert. Le ventre devint mou, et quoique M. Lowe se plaignît de sa plaie, il dit que ses douleurs avaient beaucoup diminué. Il dut prendre un bain tiède quelques heures après, et M. Short passa la nuit auprès de lui.

» En introduisant l'index dans la cavité de l'abdomen, avant d'ouvrir l'intestin, nous reconnûmes que l'intestin ainsi mis à nu, était d'un volume considérable, et nous présumâmes que c'était le colon dont nous pouvions sentir distinctement la bande longitudinale. L'incision extérieure avait été faite à dessein aussi petite que possible, dans la crainte que les intestins, étant excessivement distendus, ne s'échappassent avec une grande violence par la plaie. Nous avions été tellement gênés par cet accident en opérant sur des intestins de chien, que nous le redoutions extrêmement; mais M. Lowe supporta

l'opération avec tant de calme, qu'il ne survint rien de pareil, et nous pûmes faire l'examen le plus attentif de l'intestin, avant de procéder à son ouverture. Après que l'intestin incisé eut été évacué abondamment par sa contraction spontanée d'abord, puis par une injection d'eau chaude, j'introduisis l'index dans l'intestin, et, mon doigt cheminant en haut et en arrière, vers le rein gauche et en bas vers la courbure sigmoïde du colon, je fus confirmé dans l'opinion que c'était bien le colon que j'avais ouvert.

» 6 février, lendemain de l'opération, M. Lowe, depuis que nous l'avions quitté, avait eu plusieurs évacuations liquides par la plaie, et il en était sorti beaucoup de vents. Le ventre était mou et sans douleur; mais le malade se plaignait de souffrir beaucoup dans les lombes. Son pouls était fréquent, et sa langue chargée; une mixture apéritive avec la rhubarde et la magnésie fut prescrite, ainsi qu'un opiat le soir.

» 7 février, M. Short nous informa que M. Lowe s'était plaint de vives douleurs dans le ventre, et que, ayant senti que son pouls devenait dur, il avait cru devoir tirer douze onces de sang du bras. La douleur avait diminué par la saignée; et le pouls, quoique fréquent, était devenu mou. Le malade se plaignait toujours de ressentir une douleur intolérable dans les lombes; néanmoins, il rendait ses urines très librement; la plaie avait un bon aspect; et des matières fécales ténues s'étaient écoulées sans obstacle par l'anus artificiel. Il y avait des borborygmes continuels dans l'abdomen, qui cependant était mou et insensible à la pression.

» 8 février, comme les évacuations alvines ne s'étaient pas faites avec autant de facilité depuis la veille, on crut nécessaire d'injecter un lavement d'eau tiède par la plaie du colon. Le liquide passa sans peine et sans douleur, mais il n'entraîna point de matières fécales; la douleur dans les lombes persistait sans amendement; le malade était fatigué par un hoquet presque continuel et par une soif très grande; la langue était sèche, chargée et le pouls fréquent. Une purgation avec le calomel et la rhubarbe fut prescrite, et un opiat pour le soir; et M. Lowe dut prendre, au moment où le hoquet était le plus pénible, une cuillerée à bouche d'une mixture camphrée où entraient l'élixir parégorique et l'éther sulfurique.

» 9 février, le purgatif avait fort bien agi, l'opiat avait été pris le soir; mais la nuit n'en avait pas été moins agitée; et le hoquet était toujours très fatigant.

» 10 février, point de changement notable, l'intestin adhérait évidemment à la plaie; je pensai pouvoir retirer les ligatures, qui s'étaient relâchées; le malade avait eu encore une nuit sans repos.

» 11 février, M. Lowe avait passé une nuit un peu meilleure, mais il était extrêmement abattu, et la physionomie exprimait l'anxiété. Jusqu'alors il n'avait pas eu d'appétit, et il ne pouvait pas dire qu'il en eût à ce moment ou que cet appétit fût naturel; mais il se plaignait de sentir son estomac tomber, et il ne se délivrait de cette sensation qu'en prenant très fréquemment des alimens en très petite quantité. Pendant longtemps et surtout depuis que l'obstacle s'était invétéré, il n'avait vécu que d'alimens liquides, très légers et très substantiels; ses boissons avaient toujours été de l'espèce la plus douce, de l'eau d'orge, par exemple. Depuis hier, comme il se sentait extrêmement faible, il lui avait été permis, sur sa propre demande, de prendre un peu d'eau et de vin. Son pouls était très fréquent et très faible; sa langue nette, mais sèche; la soif intolérable, et la bouche pâteuse.

» 12 février, M. Lowe paraissait mieux, et il avait passé une nuit tranquille. Il avait eu plusieurs selles, quelques unes semblables, en apparence, au méconium, et d'autres d'une couleur verdâtre comme celles d'un enfant. Le hoquet durait et était toujours très pénible; le malade avait évacué, par l'anus, une grande quantité d'un fluide très foncé, qui ressemblait à du sang dans un état de putréfaction, mêlé à un peu de matière excrémentitielle. On lui prescrivit une mixture apéritive avec la teinture de rhubarbe.

» 13 février, nuit très agitée; et quoiqu'il eût eu peu de sommeil, le malade ne s'en trouvait pas rafraîchi, il croyait n'avoir pas dormi du tout. Il paraissait plus inquiet et plus abattu que jamais; il désespérait de sa guérison; son pouls était très fréquent et très faible, la peau froide et visqueuse; la soif très vive, nul appétit; néanmoins le malade continuait à prendre de petites gorgées d'eau et d'eau-de-vie, ou d'eau et de vin. Il avait eu plusieurs selles semblables à celles de la veille. L'état de M. Lowe était tel qu'il ne laissait plus aucun espoir de salut; cependant, comme le ventre était tendu, et que les selles n'étaient pas naturelles, on jugea convenable de revenir à la teinture de rhubarbe, afin de réveiller l'action des intestins, et de faciliter la sortie des gaz et des matières; ce qui lui procurait toujours du soulagement. Depuis la veille, l'intestin s'était renversé d'environ trois pouces; chûte semblable à celle de l'anus; mais on le replaça facilement, et il fut maintenu à l'aide d'un bandage légèrement compressif.

» 14 février, en nous rendant, M. Delys et moi, à Solihull, nous rencontrâmes un messager de M. Short qui nous apprit que M. Lowe était mourant. Nous priâmes M. Short de demander l'ouverture du corps; mais ni lui ni nous ne pûmes l'obtenir des parens du défunt.

1820. — OUVRARD d'Angers.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé.

Ce fait, seulement indiqué par M. Velpeau, n'a point été publié.

1822. — MIRIEL père.

Dans la Thèse de M. Miriel fils, Paris, 1835, on trouve l'histoire très abrégée de la deuxième opération d'anus artificiel, pratiquée avec un complet succès par son père.

Opération d'anus artificiel par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a survécu.

« Le 26 janvier 1822, M. Debourgues, médecin distingué de Brest, reçut un enfant mâle présentant tous les signes d'une bonne conformation. Deux jours s'écoulèrent sans accident; cependant les parens remarquèrent qu'il n'y avait eu aucune expulsion de méconium, et que le ventre était dur et ballonné. L'accoucheur, appelé, prescrivit de légères frictions sur le ventre, du sirop de chicorée avec de l'huile d'amandes, des lavemens émolliens. Vingt-quatre heures s'étant écoulées et les accidens s'aggravant, M. Debourgues soupçonna une cause contre nature et introduisit une sonde dans le rectum, qu'il trouva oblitéré à la hauteur de quinze lignes. La cloison étant très épaisse, et le toucher n'indiquant rien, il appela mon père en consultation, et, en raison des succès qu'il avait obtenus, le pria de faire l'opération. En effet, le quatrième jour, quatre-vingt-quatre heures après la naissance, mon père (M. Miriel) créa un anus artificiel à la région iliaque, et l'enfant fut soulagé. Les jours qui suivirent l'opération n'offrirent de remarquable que la sortie instantanée de l'intestin, qui dépassait quelquefois de deux pouces. Onze jours suffirent pour la guérison. Depuis ce temps, cet enfant se porte à merveille: l'appareil digestif jouit de la plus parfaite intégrité; le renversement réductible est toujours le même. »

1823. — MIRIEL PÈRE.

Dans sa Thèse, M. Miriel fils a publié la troisième opération d'anus artificiel pratiquée par son père.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé qui a survécu vingt-sept mois.

« Le 26 août 1823, mon père (M. Miriel) fut appelé pour voir un enfant mâle, né le 20, à cinq heures du soir. Cet enfant, fort bien conformé sous tous les rapports, avait une imperforation de l'anus; à peu près à l'endroit où ce dernier doit s'ouvrir, on voyait un tubercule aplati de la largeur d'une lentille, mais dont l'épaisseur était assez considérable pour empêcher de reconnaître le vide de la cavité intestinale, si toutefois elle y aboutissait. Cet opercule ne répondait pas exactement à la ligne médiane, il était incliné à gauche. Par les cris ou efforts que faisait l'enfant, il ne formait pas de saillie, comme cela arrive lorsqu'un liquide n'est pas éloigné; seulement par l'auscultation, on entendit distinctement, à plusieurs reprises, un bruissement pareil à celui qu'un fluide produit lorsqu'il passe d'une cavité dans une autre. Ce singulier phénomène fit présumer 1° qu'il était possible que le rectum fût bien conformé et qu'il ne se trouvait pas à une grande distance de la peau; 2° qu'il existait peut-être une communication entre le rectum et les orgages secréteurs de l'urine. Pour s'assurer autant que possible de l'existence de cette dernière disposition, on examina les linges dans lesquels l'enfant avait uriné. La couleur n'indiquant rien, on resta dans cet état d'incertitude que l'autopsie seule peut faire disparaître. Cependant, l'indication étant toujours la même, mon père essaya inutilement, par l'incision, la ponction, de rétablir la voie naturelle. Après avoir pénétré à plus d'un pouce dans la direction de l'intestin, il renonça à ce moyen pour pratiquer un anus artificiel au ventre. Ce qui l'empêcha de pratiquer de suite l'opération de LITTRE, c'est que dans le cas où, comme cela est arrivé quelquefois, et comme le bruit perçu pouvait encore le faire présumer, le rectum eût communiqué avec les voies urinaires, il ne pouvait y avoir de meilleur moyen de faire cesser cette position vicieuse que par le rétablissement de la voie naturelle. Une incision fut faite près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, endroit où l'S du colon se trouve et se présente presque seule et très facilement entre les lèvres de la plaie. Lorsque, après l'ou-

verture du péritoine, cette portion intestinale s'est élevée et a fait saillie, mon père l'a saisie et, par un fil, l'a fixée à la plaie, puis ensuite l'a incisée suivant sa longueur. Le méconium est sorti, et l'enfant a été soulagé. Les jours suivans, le mieux a continué. Le huitième jour après l'opération, on a enlevé le fil et l'on a abandonné l'enfant aux soins de sa mère. Cet enfant a vécu jusqu'au 10 octobre 1825, c'est-à-dire près de vingt-sept mois; pendant tout ce temps il s'est bien porté, a joui de la vie comme le font tous les enfans de cet âge, et finalement est mort d'une cause étrangère à son infirmité.

» *Autopsie faite le* 11 *octobre* 1825.

» Dimension du sujet, deux pieds deux pouces; poids ordinaire à cet âge. A l'anus artificiel, renversement de l'intestin de trois pouces de long. Le péritoine n'était pas adhérent à l'intestin, ce qui rendait le renversement susceptible de réduction facile. Tous les viscères sains. La portion amenée au dehors pour former l'anus artificiel était bien le commencement de l'S du colon. Le rectum représentait un entonnoir allongé dont la grosse extrémité était en haut, la petite en bas. Cette dernière, dont la fin pouvait recevoir un petit stylet, était un cul-de-sac sans ouverture, qui venait se fixer à la partie postérieure latérale gauche de la vessie, de manière à former corps avec cet organe. Entre cette extrémité et le lieu où l'anus aurait dû s'ouvrir, il y avait deux pouces de distance. Le plancher, formé par du tissu cellulaire et musculaire, était épais; complet, il eût rendu toute opération inutile pour le rétablissement de la voie naturelle. Dans quelques points, les intestins grêles étaient rouges, enflammés. Quatre dents manquaient; enfin cet enfant est mort du travail de la dentition, qui chez lui a été assez pénible pour causer sa perte.»

1824. — MARTLAND.

Dans l'*Edinburg Med. and Surg. Journal*, volume 24, octobre 1825, page 271, on trouve le fait suivant, dont nous devons la traduction à l'obligeance de M. Daniel Maccarthy, élève interne des hôpitaux de Paris.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un homme âgé de quarante-quatre ans qui a survécu.

« Henri Baron, âgé de quarante-quatre ans, bibliothécaire à Hyde, près Manchester, m'appela le 18 juillet 1824. C'était un homme robuste qui jouissait d'une très bonne santé jusqu'aux trois ou quatre dernier

mois, époque où des douleurs très vives se déclarèrent dans les entrailles, et où le ventre devint sensible de l'ombilic aux pubis. Les selles étaient extrêmement pénibles, et les matières excrétées semblaient passées à la filière. Le 29 juin, la défécation étant impossible, et les coliques (*tormina*) et les ténesmes de plus en plus douloureux; il réclama les secours de la médecine. L'administration de cathartiques puissans produisit trois ou quatre garderobes et un soulagement considérable, bien que momentané. Le 3 juillet, le ténesme reparut avec plus de violence que jamais; des médecines apéritives et des lavemens furent employés sans produire d'autre effet qu'un grand malaise dans les intestins, accompagné de nausées (*sicknew*). Le 4, parut le hoquet qui dura trois jours; au reste, le malade était plus tranquille. A partir de ce jour, il mit en usage les purgatifs les plus drastiques et les lavemens les plus stimulans. Huit gouttes d'huile de croton tiglium furent administrées en une fois, et six onces d'essence de térébenthine données en lavement. On fit essai de bains chauds et froids. Le ventre était alors fort développé et faisait entendre un gargouillement bruyant surtout à la pression, qui, du reste, ne produisait aucune douleur. Le pouls flottait entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix. Les fonctions urinaires n'étaient pas troublées; outre des cathartiques, il avait de temps en temps fait usage de sels, et s'était autant que possible abstenu de nourriture, persuadé que satisfaire son appétit serait aggraver son état.

» Dans cet état de choses, il fit trente milles en voiture sans en éprouver de gêne. Je lui fis le lendemain ma première visite; je le trouvai assis, le pouls ferme à quatre-vingt-dix; peu de soif; langue humide, un peu blanche; le ventre tuméfié, indolent à la pression, des borborygmes. La nuit précédente avait été bonne; mais il était préoccupé de sa guérison. Au toucher par l'anus, je sentis une grosse tumeur qui paraissait venir du col de la vessie, et sur le centre de la tumeur, ou plutôt un peu plus près du sacrum, on distinguait une petite fissure ou orifice analogue au museau de tanche. Plus en arrière, le rectum formait cul-de-sac; car les instrumens flexibles poussés dans cette direction se repliaient sur eux-mêmes. On essaya des bougies de divers diamètres, mais sans pouvoir passer le rétrécissement. Il prit un gros de calomel en plusieurs prises, et quelques cathartiques énergiques, sans aucun bon résultat.

» Le 19, pour ma commodité, il fut transporté à Blackburn, à six milles, et fut très fatigué par le voyage. Il prit un mélange de sels effervescens, et en fut rafraîchi.

» 20. M. Barlow le vit, à ma demande, et nous essayâmes sans succès de passer une bougie métallique flexible. Il prit un bain chaud, et reçut

à plusieurs reprises une douche ascendante d'eau chaude, sans aucun soulagement.

» 21. Ventre distendu et douloureux; les borborygmes gênent moins; quatre-vingt-dix pul., peu de fièvre, appétit passable, injections d'eau chaude et boisson effervescente. Le soir un lavement de tabac (deux scrupules par demi - livre d'eau); trois onces seulement furent gardées trois ou quatre minutes; aucun résultat.

» 22. Examiné de nouveau par deux médecins, MM. Bailey et Cort. Il souffrit beaucoup des tentatives qu'ils firent inutilement pour introduire des bougies de différentes espèces. La nuit fut cependant passable; mais le matin du 23, la fièvre avait augmenté; le pouls battait quatre-vingt-dix fois; le ventre dur et tendu, mais insensible à la pression; pas de nausées.

» On annonça alors au malade que la seule chance de salut était dans l'anus artificiel; on lui fit connaître avec franchise les dangers et les incommodités qui suivraient naturellement une semblable opération. Après quelques heures de réflexion, il y consentit, mais demanda qu'elle fût remise au lendemain matin.

» 24. Neuf heures du matin, de la fièvre, cent cinq pulsations; langue chargée, nuit agitée, ventre énormément distendu, donnant à la percussion une résonnance tympanique; peu de douleur, du découragement.

» En présence de MM. Barlow, Bailey, Cort et quelques autres chirurgiens, je fis dans la région iliaque gauche une incision commençant à environ un pouce en haut et en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et descendant près de quatre pouces en bas et en dedans. Les muscles obliques externe et interne, et le transverse, furent alors divisés dans une étendue égale à celle de la plaie extérieure, et le péritoine mis à nu. J'ouvris alors avec précaution cette membrane avec le bistouri, dans une étendue de deux ou trois pouces; le colon, reconnaissable à ses bandes longitudinales, se présenta à la plaie et fut fixé à chacun des angles de celle-ci par un point de suture; il fut aussitôt incisé dans une longueur d'un pouce et demi, et il s'échappa aussitôt avec une force considérable une grande quantité de fèces liquides et de gaz. On put juger alors de l'opportunité des points de suture qui fixaient l'intestin; car les muscles abdominaux, affaiblis par l'excessive distension qu'ils avaient déjà subie, lui auraient probablement permis de se retirer et de laisser passer dans le sac péritonéal une partie des matières contenues dans la cavité intestinale, ce qui eût sans doute produit une inflammation terrible. Deux autres ligatures furent passées aussitôt que possible entre les bords de la division du colon et les lèvres de la plaie extérieure, à

l'angle supérieur de laquelle l'épiploon faisait hernie; cette circonstance nous occasionna beaucoup de gêne jusqu'à ce que l'épiploon ait été réduit, et cette partie de la plaie réunie au moyen d'un point de suture. Cette hernie était due à la trop grande étendue de l'incision extérieure, qui chez un sujet aussi bien musclé n'aurait pas dû dépasser deux pouces et demi en longueur. Nous cherchâmes à faire pénétrer en haut et en bas une sonde œsophagienne flexible; mais sans succès. De la charpie et une compresse légère formèrent tout le pansement. Continuation de mélange de sels effervescens (limonade gazeuse).

» Dix heures du soir. Beaucoup de soulagement depuis l'opération; un peu de sommeil dans l'après midi; dans la journée il était sorti de la plaie des gaz en grande abondance; quelques boulettes (*scybalæ*) de la grandeur des billes, et cinq à six litres de fèces liquides; de la fièvre; cent dix pulsations; peau chaude et sèche; langue brune, mais humide; soif vive; pas de nausées; céphalalgie légère; la distension du ventre a cessé; il est indolent à la pression, excepté au voisinage de la plaie, autour de laquelle l'inflammation occupe un espace de un à trois pouces; gruau peu épais dans la journée. Limonade gazeuse, *vulneri applic. paul. ung. simpl.*

» 25. Neuf heures du matin. Une heure de sommeil pendant la nuit; il se trouve bien; un litre de fèces a été rendu, pas de matières moulées. J'espérais qu'il irait à la selle par les voies normales; mon espoir fut trompé. Une grande quantité de mucus brunâtre sortit par la plaie dans la matinée et en irrita les bords, qui sont brunâtres et semblent vouloir se gangréner. La sensibilité autour de la plaie ne dépasse pas trois pouces; le ventre est lâche, d'un volume normal; le pouls à quatre-vingt-seize plus mou; la soif moins vive; la langue plus humide se nettoie; la peau humectée d'une douce transpiration; la céphalalgie a disparu; moral bon; des injections d'eau tiède ont été fréquemment faites dans la plaie, et seront continuées. Limonade gazeuse, *ung.*

» Neuf heures du soir. Mucus brunâtre rendu avec une petite quantité de matières fécales; cent pulsations plus plein, les autres symptômes fébriles diminuent. Limonade gazeuse, *ung.*; cataplasmes de farine de lin fréquemment renouvelés.

» 26. Le cataplasme n'a pas été gardé longtemps, à cause de la grande quantité de mucus et de fèces sortie par la plaie pendant la nuit; un peu de sommeil; la plaie, un peu plus enflammée et sensible à son angle supérieur, est cependant belle; injections fréquentes.

» Traitement *ut suprà*, ajouter au cérat, sol. acétate de plomb, un dragme par demi-once.

» 27. Bonne nuit; l'angle supérieur moins sensible et moins enflammé; les bords se gangrènent; la quantité des matières excrétées par l'anus anormal est considérablement diminuée, et presque pas de fèces mêlés au mucus; quatre-vingt-seize pulsations; langue humide, mais brune à sa base; peau souple, peu de soif, urines naturelles. Huile de ricin, une dragme, *statim repet. omnibus horis donec responderit alvus contin. alia.*

» 28. Une seule prise d'huile de ricin a amené une livre et demie de matières excrémentitielles d'un meilleur aspect. On déplaça le malade pour faire son lit; trois heures de sommeil seulement pendant la nuit; les escarres marchent lentement; une ligature est tombée; l'intestin adhère fortement aux parties voisines; la membrane muqueuse est rouge, mais indolente; la plaie est fréquemment lavée; quatre-vingt-dix pulsations; moins de fièvre; appétit meilleur. Continuation de limonade gazeuse, cérat, acétate de plomb, cataplasme.

» 30. Les escarres des bords se séparent, les fèces ont un aspect naturel et sont régulièrement évacuées par la plaie; soixante-dix-huit pulsations; apyrexie. *Omitt. mistura efferv.* Continuation *ung.* et cataplasme.

» 1er août. Une petite escarre s'est détachée ce matin; bords de la plaie un peu plus douloureux; évacuations régulières; pas de garderobes muqueuses. Continuation *ung.* et cataplasme.

» 4 août. Une escarre considérable tombe; la plaie au-dessous de celle-ci est très belle; les évacuations régulières; l'appétit excellent; s'est levé pour un peu de temps sans souffrir. Continuation *ung.* et cataplasme.

» 8. Toute l'escarre est tombée; bourgeons charnus réprimés avec le caustique; le malade prend du vin de Porto; reste assez longtemps assis hors du lit et sent revenir ses forces. *Bibat cyath. vinos,* vin Port. *semel bisve in dies. Omitt. ung.* et cataplasme, f. une once décoct. *cinchon. ter quaterve in dies.*

» 10. La plaie a un très bon aspect; mais les matières fécales l'irritent. Un peu d'huile étendue sur les bords la protége. Contin. mist. et vinum.

» 16. Il a fait un quart de mille à pied, et va de mieux en mieux : on lave toujours la plaie avec la seringue. Elle se remplit et commence à se cicatriser. Contin. mist. et vinum.

» 21. La plaie est presque cicatrisée : la muqueuse de l'intestin se renverse après chaque effort; mais elle se réduit facilement et ne cause que peu de douleur. Un peu de mucosité sort par le rectum. Omitt. mist.

» 7 *septembre.* La guérison avance peu à peu. La plaie est complétement cicatrisée. Il y a, comme à l'ordinaire, renversement de la muqueuse après les efforts; chaque jour des mucosités ont continué à être

excrétées par l'anus naturel, tandis que toutes les matières fécales sortent par l'anus artificiel.

» Le 9, un long tube élastique fut introduit dans l'anus anormal de haut en bas vers le rectum. Arrivé à la partie supérieure de cet intestin, il se replia sur lui-même. Une bougie à rectum fut introduite par l'anus naturel, sans un meilleur succès. Sur ces entrefaites, on lui apporta un brayer fait sur le modèle des brayers qui s'ajustent eux-mêmes, avec cette différence, qu'au centre de la pelote on avait établi une boîte en fer-blanc destinée à recevoir les matières fécales. Cette boîte pouvait s'enlever et se replacer à volonté.

» Le 12, le malade quitta Blackburn pour reprendre ses occupations. J'appris, le 21 octobre, que le brayer n'avait pas rempli notre but. Quand le malade en faisait usage, l'invagination était très considérable, et les fèces s'échappaient quelquefois par les bords de la pelote. Ce qu'on a pu imaginer de plus commode jusqu'à ce jour, c'est une espèce d'éponge molle, du volume d'un œuf de poule, et soutenue par un bandage ordinaire. Ce pansement permet, suivant le malade, le passage des gaz, et arrête la sortie des matières fécales jusqu'à ce qu'il lui soit possible de se soulager.

» Depuis qu'il a repris ses occupations, il est d'une habitude de corps plus régulière, et se porte mieux sous tous les rapports.

» Dans une lettre, reçue le 10 *novembre*, le malade s'exprime ainsi : « Vendredi, 29 *octobre*, j'éprouvai un léger malaise, avec une douleur » vive au fondement, qui m'obligea à quitter mon travail. Samedi matin, » quand je me levai, j'étais un peu mieux et j'allai à la garderobe, où je » rendis par l'anus naturel une grande quantité de matières : l'obscurité » m'empêcha d'en reconnaître la nature. En retournant à la selle, je vis » que mes évacuations ressemblaient à du sang et de la chair ; j'eus trois » ou quatre selles dans la journée, et à chaque fois je rendis des ma- » tières fécales bien reconnaissables, et de la consistance d'un gruau » épais. Peu de jours après, je perdis davantage sur quatre ou cinq » garderobes dans les vingt-quatre heures. Ces matières sont devenues » plus consistantes et du volume du petit doigt. »

» Au mois de mai dernier, il m'écrivit qu'il avait perdu l'espoir de voir les évacuations se rétablir par les voies naturelles, le passage s'étant obstrué de nouveau. Il se porte bien, mais il est forcé de manger moins qu'il ne faisait, pour éviter l'obésité. Il n'a rien découvert de plus commode que l'éponge et la bande ci-dessus décrites.

» Si quelque changement important survenait chez le malade, je m'engage à le faire connaître à mes confrères. »

» P. S. 20 *août*. Depuis ma dernière communication, j'ai reçu une lettre de Baron, du 19 juillet. Comme cet homme intelligent pense que l'on ne peut rien ajouter aux derniers changemens faits pour rendre sa position moins triste, je vais vous les exposer. A la plaie du côté, il applique d'abord un peu de coton et par-dessus un morceau de papier gris un peu plus grand; sur le papier, il applique une couche de coton ou de linge, de douze pouces de large sur quatorze de haut. Un bandage en coton, large de six pouces, fixe cet appareil. Il applique sur le tout un brayer construit comme le premier, excepté que l'opercule de la pelote est recouvert d'une lame de sapin de deux pouces et demi de diamètre, au lieu de la boîte en fer-blanc.

» Il me semble probable que l'obstruction du rectum fut le résultat de l'invagination de la courbure inférieure de l'S iliaque du colon, qu'une inflammation adhésive s'était emparée de toutes ces parties avant que je visse le malade, et que les événemens du 29 octobre furent produits par la chûte d'une escarre de la partie malade. Il me semble en outre que ce procédé d'élimination s'est depuis arrêté, et, pour le moment, interdit l'espoir que le malade avait conçu, de voir se rétablir les voies naturelles. L'autopsie, si je survis à ce malade, viendra infirmer ou confirmer plus tard l'hypothèse que j'émets en ce moment.

1830. — BIZET (DEUX FAITS).

Dans la Thèse de M. Miriel fils, Paris, 1835, on trouve les deux observations suivantes :

Opérations d'anus artificiels, pratiquées par le procédé de LITTRE, sur deux enfans imperforés dont l'un est mort un mois après et l'autre le lendemain de l'opération.

« En janvier 1830, M. Bizet reçut un enfant mâle qui n'avait pas d'anus. Quoique le toucher, l'aspect extérieur n'indiquassent rien, il essaya de rétablir la voie naturelle. Après avoir incisé assez profondément dans la direction du rectum, il fut forcé de renoncer à ce moyen et de pratiquer l'opération de Littre, qui lui réussit à merveille. L'enfant venait très bien, lorsqu'un mois après il succomba à une indigestion causée par l'imprudence des parens. L'autopsie faite publiquement ne présenta de remarquable que ce qui suit; l'intestin rectum manquait entièrement; l'extrémité inférieure du canal intestinal se terminait par un cordon fibreux, qui allait s'attacher au bas fond de la vessie; le plancher compris entre

l'intestin et l'endroit où l'anus doit s'ouvrir naturellement était d'un tissu musculo-cellulaire dense consistant, et analogue à ceux indiqués précédemment.

» M. Bizet a encore eu une seconde fois l'occasion d'établir dans un cas analogue au précédent un anus artificiel à la région iliaque; mais le lendemain de l'opération, qui avait été faite plus de cent heures après la naissance, l'enfant succomba à une péritonite et à une inflammation intestinale causées plutôt par le retard mis à opérer que par les suites de l'opération. »

1835. — KLEWIG, de Colberg.

Dans la *Gazette Médicale de Berlin*, du 29 avril 1835, on a publié le fait suivant, dont je dois la découverte et la traduction à l'obligeance de M. le docteur Laüer :

Opération d'anus artificiel, pratiquée avec succès par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé.

« Dans la soirée du 15 mars 1835, on apporta chez moi, dit M. Klewig, un garçon très faible, âgé de trois jours et demi, en me disant qu'il n'avait pas évacué de méconium depuis sa naissance, qu'il avait rendu beaucoup d'urine dont la couleur avait été quelquefois très foncée, qu'il n'avait pas eu de vomissemens, et qu'il avait tété à plusieurs reprises. La couleur de l'enfant était jaune et il avait le ventre tendu et ballonné.

» J'examinai l'état des parties, l'ouverture anale n'existait pas; le raphé partant du scrotum se continuait sur le périnée, et se terminait par une pointe au devant du coccyx. Ce raphé présentait un léger aplatissement dans l'endroit où l'anus aurait dû se trouver. Quoi qu'il en soit, malgré que je ne visse ni une éminence, ni une différence de couleur dans le point qu'occupe ordinairement l'anus, et malgré la crainte que j'avais qu'il n'y eût une communication entre la vessie et le rectum, ce qu'il était permis de soupçonner à cause de l'état des urines, je n'hésitai pas à essayer de rétablir l'anus à sa place naturelle.

» Ayant d'abord fait une incision avec un bistouri, je pénétrai jusqu'à deux pouces de profondeur, sans trouver d'intestin. Je pris ensuite un troisquart, et je l'enfonçai toujours dans la direction du rectum, à un pouce au-delà du point que j'avais atteint avec le bistouri. Toutes ces tentatives ayant été sans résultat, je craignis d'aller plus loin, et je re-

tirai le troisquart, après avoir introduit dans la plaie, au moyen de la canule, une mèche de charpie afin de tenir l'ouverture dilatée et de m'en servir plus tard si cela devenait utile.

» Aussitôt après, j'établis un anus artificiel dans la région iliaque gauche, et, je dois l'avouer, ce ne fut pas sans un certain embarras que je me décidai à pratiquer cette opération, d'abord parce que je craignais de trouver l'intestin contracté, comme dans un cas que je venais d'observer, où il n'avait que la grosseur d'une forte plume à écrire, et puis parce que je manquais d'aide, et que j'étais obligé d'avoir recours à la lumière artificielle.

» Après avoir fait à la peau un pli transversal, je fis une incision un peu au-dessus, et à un pouce en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et je la prolongeai par en bas, presque parallèlement à la ligne blanche, de manière à lui donner une étendue de un pouce et quart. Je coupai ensuite les couches musculaires en agissant avec la plus grande circonspection; car les intestins grêles déjà repoussés en avant par l'accumulation du méconium l'étaient bien davantage encore par suite des cris et des mouvemens que faisait l'enfant. Ayant arrêté l'écoulement du sang, je fis l'incision du péritoine, et aussitôt une masse assez considérable, formée par des intestins grêles, s'échappa au-dehors, je la fis rentrer dans l'abdomen, et je cherchai l'S iliaque dans la place qu'elle occupe ordinairement. Mais elle était située dans la région pubienne; l'ayant attirée dans la plaie à l'aide de mes doigts, je reconnus parfaitement cette portion du gros intestin qui était remplie de méconium, et je l'ouvris suivant sa longueur dans l'étendue de trois quarts de pouce. Après avoir laissé écouler le méconium dont la quantité peut être évaluée à quelques onces, je fixai l'ouverture intestinale à la peau, au moyen de trois points de suture.

» Avant de faire le pansement, j'introduisis par l'anus artificiel une sonde flexible, qui, dirigée dans la portion inférieure de l'intestin, pénétra à trois pouces dans un sens tout-à-fait transversal et non pas du côté où l'anus normal aurait dû exister.

» L'enfant ne parut pas très épuisé par l'opération; il eut plusieurs évacuations alvines, très copieuses, qui le soulagèrent visiblement, et en peu de jours les suites de cette importante opération disparurent presque complètement. Les urines étaient toujours claires; la muqueuse de la partie supérieure de l'intestin se renversa bientôt au-dehors, et les évacuations, devenues très régulières, avaient lieu facilement par l'ouverture artificielle placée au centre de ce prolapsus; les injections dirigées par la partie inférieure de l'intestin ouvert déterminaient des épreintes, et res-

sortaient comme elles étaient entrées, c'est-à-dire sans entraîner de matières fécales.

» La plaie résultant des tentatives faites pour rétablir l'anus dans le lieu qu'il devait occuper se cicatrisa promptement, et le huitième jour après l'établissement de l'anus artificiel, on enleva les points de suture qui avaient servi à fixer l'intestin à la peau.

» Le onzième jour, il sortit par la partie supérieure de l'intestin une masse ronde, presque membraneuse, d'un jaune blanchâtre, et à côté de laquelle on apercevait des matières fécales. Les jours suivans les évacuations reprirent leur cours par la partie inférieure, et cette masse pseudo-membraneuse existe encore aujourd'hui (trois semaines après l'opération), dans l'orifice de la partie supérieure de l'intestin, et les injections qu'on dirige vers ce point n'entrent que dans la quantité de quelques gros seulement. Je ne saurais expliquer ce phénomène qu'en supposant que le gros intestin, dans ce cas, se terminait par une anse, dont les deux branches se réunissaient avec le corps de l'intestin, et que maintenant l'une de ces branches va s'oblitérer.

» En résumé, l'enfant se trouve très bien, il téte avec appétit; mais il est mal nourri, sa mère étant déjà avancée en âge, et se trouvant dans des conditions très misérables.

» *Réflexions.* — 1° Il est difficile de donner des règles positives pour cette opération, parce que les déviations des gros intestins, qui ne sont pas en général très rares, se rencontrent encore, à ce qu'il parait, dans une plus grande proportion chez les enfans dont le vice de conformation réclame l'établissement d'un anus artificiel.

» Dans un fait que j'ai publié en même temps que celui-ci, il aurait fallu inciser dans la région iliaque droite, d'après Pillore, et ouvrir le bout inférieur de l'iléum, parce que la distension de cet intestin était manifeste, et que je reconnus, par l'autopsie, que le gros intestin était excessivement contracté.

» Dans le cas dont je m'occupe maintenant, et où j'ai établi un anus artificiel, si l'on avait pratiqué l'opération de Callisen, non seulement on n'eût pas obtenu l'avantage principal que présente ce procédé, à savoir d'attaquer l'intestin dans un endroit où il est dépourvu de péritoine; mais encore on aurait eu de grandes difficultés à attirer le colon à la plaie, en supposant même l'existence d'un mésentère considérable.

» 2° On peut douter que le rétablissement des excrétions alvines, par la voie naturelle réussisse jamais parfaitement dans les cas où il y a absence du rectum, parce que, même après l'opération faite pour des atré-

sies d'une moins grande étendue, la conservation de l'ouverture artificielle a beaucoup de peine à être obtenue (d'après les observations de Rust et de Bell) en l'absence de parois intestinales pourvues de l'action organique naturelle. Aussi, le canal que j'avais établi, avant de pratiquer un anus artificiel, se ferma-t-il en peu de temps, malgré les mèches dont je faisais usage.

» C'est pourquoi la proposition de Dubois et de Martin ne pourra guère être exécutée avec succès ; je ne veux pas nier la possibilité de rétablir la voie naturelle et de fermer ensuite l'anus artificiel en appliquant un instrument semblable à un compas d'épaisseur à bouts boutonnés, de manière que l'une des branches étant introduite dans le nouveau canal, et l'autre dans l'anus artificiel de la région iliaque, on puisse, en serrant les deux branches, déterminer le rapprochement des deux culs-de-sac et l'adhésion de l'intestin en haut et bas avec les parties environnantes. On pourrait alors établir, à l'aide d'un troisquart, une communication entre ces deux culs-de-sac peu éloignés l'un de l'autre. Mais que de difficultés et d'incertitude de succès !

M. ROUX.

Opération d'anus artificiel par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé, qui est mort deux heures après.

Plusieurs auteurs rapportent ce fait d'une manière inexacte. On dit que c'est le procédé de Callisen qui a été pratiqué, tandis que c'est celui de Littre. Voyez page 4.

1839. — M. VELPEAU.

Dans la *Gazette Médicale* du 5 octobre 1839, page 638, à l'occasion d'une discussion de l'Académie royale de médecine sur ma première observation d'anus artificiel, M. Velpeau a raconté le fait suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur une femme âgée, qui est morte deux jours après.

« J'ai fait, dit M. Velpeau, l'opération de l'anus artificiel chez une vieille femme qui présentait déjà tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, chez laquelle, par suite de la rétention des matières fécales, et de la distension des intestins qui en était la suite, une péritonite commençait

déjà à se développer. J'ai fait l'incision dans la fosse iliaque gauche; l'S iliaque du colon qui pressait les parois abdominales a pu être facilement incisée sans que l'air pénétrât dans le péritoine; puis à l'aide de quatre ou cinq points de suture faits à l'intestin, au pourtour de la plaie des parois abdominales, les matières fécales sortirent en abondance; mais la péritonite continua, et la malade succomba le deuxième jour. A l'autopsie, on trouva les traces de cette inflammation, des adhérences qui fixaient l'intestin à la plaie; point d'épanchement dans le ventre.

» Je ne pense pas, continue M. Velpeau, que ce fait, avec les circonstances qui s'y rattachent, puisse prouver pour ou contre la méthode de Littre. »

1839. — DUPUYTREN

Dans les *Leçons orales de Clinique chirurgicale* par M. le professeur Dupuytren, 2me édition, tome 3, page 663, à l'article relatif aux étranglemens internes dans les hernies, on a consigné le fait suivant :

Opération d'anus artificiel sur un enfant imperforé, en ouvrant le cœcum sans intéresser le péritoine.

« Dans les étranglemens qui ont leur siége dans la région lombaire gauche l'obstacle existe presque toujours dans le gros intestin; on peut donc, ainsi que l'a proposé Callisen, inciser la peau de cette région, et saisir l'intestin sans intéresser le péritoine. Cette opération hardie a été exécutée deux fois par M. Amussat.

» Dupuytren a également ouvert l'abdomen, en 1818, pour remédier à une imperforation de l'anus chez un enfant. Ce chirurgien célèbre fit une incision dans le flanc droit, arriva sur le cœcum sans intéresser le péritoine, puis il pénétra dans l'intestin; celui-ci fut fixé; quelques matières furent rendues par la plaie; l'opération ne fut point suivie de succès et le petit malade succomba à une péritonite.»

1839. — M. LAUGIER.

Le *Bulletin chirurgical*, tome 1er, n° 2, septembre 1839, page 44, contient un article publié par M. Laugier dont je vais reproduire les principaux passages.

« Anus artificiel pratiqué suivant la méthode de Callisen, par M. Amussat.

» La méthode de Callisen, qui consiste à pratiquer un anus artificiel dans

la portion du colon lombaire gauche qui est dépourvue de péritoine, était depuis longtemps rejetée commme une idée malheureuse et inapplicable. M. Amussat vient non seulement d'en renouveler la proposition, mais d'en donner l'exemple pour remédier à la rétention des matières fécales, produite par une tumeur du bassin. L'opération de Callisen avait été jugée sévèrement, etc. »

Après avoir rapporté brièvement mes deux observations M. Laugier dit :

« Voilà donc, il n'en faut pas douter, la méthode de Callisen en grande partie réhabilitée; mais quelque utilité que présentent les observations de M. Amussat, il y manque, ce me semble, ce genre d'intérêt qui s'attache à une appréciation suffisamment détaillée des indications de l'opération, et des circonstances qui ont ici rendu son succès plus probable d'avance, et plus assuré pour la suite. »

Plus loin, page 48, il ajoute :

« C'est, dit M. Amussat, la seule voie sûre; mais elle avait été dédaignée et abandonnée par les hommes les plus capables; cependant, *faute d'examen et de méditation*. Maintenant que j'ai *reconnu* et démontré que c'est une voie sûre et facile, c'est-à-dire qu'on peut établir un anus artificiel *sans intéresser le péritoine, sans pénétrer* dans l'abdomen enfin, jespère qu'on n'hésitera plus à y avoir recours.

» Je commencerai par reconnaître, afin que M. Amussat lui-même ne doute pas de mon intention, qu'il y a toujours un véritable mérite à remettre en vigueur une idée utile, et que personne ne serait fondé à lui contester l'avantage d'avoir prouvé par le fait que la méthode de Callisen ne devait pas être rejetée, dans tous les cas au moins. Mais ce n'est pas tout à fait sans examen et *faute de méditation* que les chirurgiens expérimentés, dont parle M. Amussat, avaient négligé d'y avoir recours. Qui donc a douté un instant que l'on pût arriver dans le colon descendant sans intéresser le péritoine ? non seulement cela résulte de la conformation des parties, mais Callisen n'a pas eu d'autre pensée que d'éviter le péritoine, et les chirurgiens qui ont repoussé cette proposition se sont appuyés principalement sur la profondeur à laquelle il faut agir, sur l'épaisseur de la région à inciser, mais non pas sur l'impossibilité physique et matérielle d'arriver dans le colon sans intéresser cette membraue et sans pénétrer dans l'abdomen. Comment alors M. Amussat peut-il dire qu'il a *reconnu* qu'on pouvait établir un anus artificiel sans intéresser cette membrane? car cela revieudrait à annoncer que le colon descendant dans la région des reins n'est pas revêtu du péritoine, découverte qui n'était point à faire. »

Après avoir cherché à établir que le mésocolon n'est pas le même chez les enfans que chez l'adulte, M. Laugier ajoute :

« L'état morbide dans lequel se trouve le canal intestinal ajoute encore aux chances de succès; car la distension du colon descendant par les matières fécales accumulées accroît son volume et étend la partie postérieure extra-péritonéale, sur laquelle le chirurgien doit agir. Avec ces circonstances, il suffit d'inciser la paroi abdominale pour trouver l'intestin. L'établissement de l'anus anormal est réellement facile; c'était, du reste, l'opinion de Boyer, et c'est ce que démontrent complètement les deux observations de M. Amussat.

» Est-ce cela que la réflexion avait appris d'avance à MM. Amussat, Breschet, Récamier ? Je n'en doute pas, car il suffit d'y songer un instant pour acquérir la même conviction. Mais on tomberait dans l'erreur, ce me semble, en tirant cette conclusion qu'à tout âge ce sera l'opération préférable. Je suis même tenté de croire que si jusqu'à présent cette voie plus sûre avait été négligée, c'est qu'en voulant l'appliquer par la pensée au vice de conformation, qui en réclamerait l'emploi le plus souvent, l'absence du rectum à la naissance, on a été frappé des inconvéniens qu'elle aurait alors. Puis, sont venues les observations de MM. Martland, Freer de Birmingham, Pring, qui démontraient que chez les adultes la méthode de Littre modifiée n'était pas toujours mortelle par la péritonite, et qu'elle pouvait même être suivie de succès, et puis encore l'influence de la chose jugée, et il faut le dire, de la routine. En voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer comment la méthode de Callisen avait été abandonnée. Le succès obtenu par M. Amussat ramenerait les praticiens à une application plus exacte et plus équitable. La méthode de Callisen sera probablement préférée chez les adultes dans les cas analogues à l'exemple cité ; chez les enfans, on continuera à penser qu'une opération doit être pratiquée sans doute, puisque c'est la seule chance de salut, mais qu'elle est faite dans des circonstances bien peu favorables; et s'il faut choisir la plus facile, qui ne semble pas être à cet âge l'incision de Callisen, celle de Littre sera sans doute encore choisie de préférence. »

TROISIÈME PARTIE.

RÉFLEXIONS SUR LES DOCUMENS.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les documens qui précèdent, nous trouvons qu'on peut les diviser en deux classes.

La première est relative aux procédés qui ont été proposés par Littre et Callisen, pour établir un anus artificiel chez les enfans imperforés, sur lesquels on a publié des notes, des mémoires et des rapports.

La deuxième classe comprend les faits connus et publiés d'anus artificiels, soit sur les enfans, soit sur les adultes.

La première indication du procédé de Littre se trouve dans l'*Histoire de l'Académie des Sciences*, voyez page 83. On dit : « M. Littre a imaginé et proposé une opération chirurgique fort délicate, etc. » Comme on le voit le procédé de Littre est fort vaguement indiqué, en disant qu'il faut faire une incision au ventre, ouvrir l'intestin et le coudre, sans indiquer le lieu et l'intestin. Sur cette légère idée, dit l'historien, d'habiles chirurgiens pourront indiquer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons.

Les chirurgiens qui ont opéré les premiers, d'après l'idée de Littre, n'ont pas publié le procédé qu'ils ont employé. Celui de Pillore était resté inconnu jusqu'à présent. Nous savons maintenant qu'il a fait une incision presque transversale dans la région iliaque droite. Le cœcum a été ouvert transversalement et attaché à la peau par des points de suture. On ne sait rien de positif sur l'opération d'A. Dubois. Fine a opéré sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Duret, le premier,

a opéré à gauche et il a fixé le procédé de Littre; aussi, depuis cette célèbre opération, quand on dit le procédé de Littre, on veut dire le procédé suivi par Duret et tracé de main de maître dans l'observation remarquable qu'il a publiée.

Pratiquer une ouverture verticale à la région iliaque gauche, attirer le commencement de l'S iliaque au dehors, avec deux doigts, passer un fil dans le mésocolon et ouvrir l'intestin en long, pour donner issue aux matières fécales, tel est le procédé exécuté par Duret. Ce chirurgien, dans son intéressante observation, ne dit pas un mot de Littre. Le nom de ce célèbre anatomiste n'est pas même prononcé. Après avoir inutilement tenté de rétablir la voie par en bas, sur un enfant imperforé, Duret proposa à l'assemblée de médecins et de chirurgiens qu'il avait réunie pour cette opération, de faire la gastrotomie pour établir un anus artificiel au ventre. Duret semble être fort au courant des idées d'Hévin sur la gastrotomie: mais il paraissait ignorer celle de Littre et les opérations tentées par Pillore et par A. Dubois. M. Camescasse, chirurgien de la marine de Brest, m'a raconté avoir entendu M. Delaporte, émule de Duret, lui rendre cette justice.

Évidemment Littre a conçu l'idée de la méthode; Pillore et Dubois l'ont appliquée les premiers; mais il était réservé à Duret d'établir et de tracer la marche à suivre. Il a laissé un document précieux qui établit tout ce que j'avance ici. Voyez page 89.

Léveillé, en rapportant l'observation de Desault, dit que ce chirurgien a suivi l'idée de Littre; mais il ne fait pas mention de Duret, et c'est le procédé de ce chirurgien qui a été pratiqué par Desault. Dumas, dans son intéressant mémoire, ne fait aucune mention de Littre et de Duret; il décrit le procédé de Littre perfectionné par Duret, comme si on n'avait pas déjà

avant lui indiqué la marche à suivre, et comme s'il eût conçu lui-même ce qui avait déjà été imaginé et appliqué. Voy. pag. 91 et 95.

Allan, rapporteur de Dumas, pense que ce médecin célèbre a conçu l'idée de Littre et de Duret sans en avoir connaissance; mais il rétablit les faits de priorité en faveur de Littre et de ceux qui ont mis à exécution l'idée de cet anatomiste. Voy. pag. 100.

Martin le jeune, autre rapporteur de Dumas, partage la même opinion; mais il ne rétablit pas les faits de priorité comme Allan. Voy. pag. 102.

Fine a parfaitement décrit tout ce qui est relatif au procédé de Littre perfectionné par Duret, et les raisons qu'il donne pour établir l'anus, sur le colon lombaire gauche, viennent à l'appui des miennes. Voy. pag. 119.

En résumé, presque tous les chirurgiens qui ont appliqué le procédé de Littre ont suivi la marche tracée par Duret. Quelques uns cependant ont fixé l'intestin à la peau par plusieurs points de suture, et je pense qu'ils ont très sagement agi, parce que d'après mes expériences sur les animaux vivans, j'ai constaté que la moindre rétraction de l'intestin suffit pour donner lieu à un épanchement mortel.

Si j'étais forcé de pratiquer le procédé de Littre, je le ferais comme Duret; seulement, au lieu de passer un fil dans le méso-colon, j'assujettirais solidement l'ouverture de l'intestin à celle de la peau, par plusieurs points de suture.

Je crois que dorénavant les chirurgiens donneront la préférence au procédé de Callisen modifié; mais il n'est pas inutile de dire que dans un accident qui aurait ouvert l'abdomen et l'intestin, comme dans l'opération de Littre, il ne faudrait pas craindre d'attirer fortement l'intestin ouvert et de l'atta-

cher solidement à la plaie de la peau, si on ne pouvait pas faire mieux.

Pour le procédé de Callisen qui est venu après celui de Littre, remarquons d'abord que c'est dans la vue d'un perfectionnement, c'est-à-dire dans le but d'éviter d'ouvrir le péritoine. Callisen dit : « L'*incision qui a été proposée* dans la région lombaire. » Par conséquent, comme on le voit, il reconnaît que l'idée ne lui appartient pas, et qu'elle avait déjà été émise; mais il lui donne judicieusement son approbation, et il décrit brièvement le procédé qui porte son nom et termine en disant que l'*intestin peut être atteint plus facilement dans ce point qu'au-dessus de la région inguinale.*

L'extrait de Callisen, page 1, doit être médité avec attention.

N'oublions pas que Callisen et Duret ont essayé sans succès ce procédé sur des cadavres d'enfans. Voyez page 124 et page 90. Duret parle du procédé de Callisen, sans nommer le chirurgien de Copenhague.

Léveillé, qui a rapporté l'observation de Desault et qui a fait des recherches bibliographiques assez étendues, ne fait pas mention du procédé de Callisen.

Dumas aussi n'en parle point; mais les rapporteurs de son observation ont réparé son oubli.

Remarquons qu'Allan et Martin le jeune, de Lyon, qui ont fait chacun un rapport sur le Mémoire de Dumas, l'un à Lyon, l'autre à Paris, ont porté un jugement tout à fait opposé sur le procédé de Callisen.

Allan dit, p. 102, que ce procédé mérite d'être médité et qu'on parviendra peut-être à le rendre le moins désagréable de tous.

Martin dit, au contraire, comme on l'a vu page 107, qu'il porte un défi à l'anatomiste le plus habile de pouvoir atteindre le colon sans blesser le péritoine, et que l'épaisseur des parties

et la position de l'anus en arrière militent contre ce procédé.

Fine dit, page 121 « Je n'établirai point pour règle, avec » Callisen, qu'il faut pratiquer l'incision dans la région lom- » baire gauche, le long du bord antérieur du muscle carré des » lombes, pour pénétrer jusqu'au colon et inciser cet intestin » dans un endroit où il présente, *selon cet auteur*, un petit » espace où il n'est pas renfermé dans la cavité du péritoine; » car, indépendamment de ce que l'incision me paraît être faite » *trop postérieurement*, *il faudrait une trop grande habitude* » dans les dissections anatomiques pour compter sur une » telle boussole, etc. »

Comme on le voit, Fine a mal jugé le procédé de Callisen. Cependant il a opéré dans un cas de tympanite stercorale, et il dit avoir eu l'occasion d'observer plusieurs faits de cette espèce. Mieux que tout autre, en approfondissant la question comme il l'a fait, il aurait dû soupçonner que l'état de distension du colon devait favoriser singulièrement l'ingénieuse idée d'établir un anus artificiel sans ouvrir le sac péritonéal.

Pring dit aussi, page 143. « M. Callisen, chirurgien de Copenhague, a proposé de mettre à découvert le côté gauche » du colon dans la région lombaire, où il le suppose en dehors » du péritoine, et d'y faire une incision entre le bord des » fausses côtes et la crête de l'iléon, parallèlement au bord » antérieur du carré des lombes. Cette opération a été prati- » quée sur le cadavre avec difficulté par M. Callisen, et son » exemple ne doit pas être imité sur le vivant, car il ne promet » aucun avantage. »

Sabatier, Dupuytren, M. Velpeau et tous les chirurgiens modernes qui ont parlé de l'opération de Callisen, l'ont combattue et complètement rejetée, comme on le voit dans mon historique et dans les documens qui précèdent.

Trop longtemps cette opération fut mal appréciée; elle n'avait pas été jugée convenablement. On avait superficiellement examiné l'état anatomique, et on n'avait pas réfléchi surtout que l'état pathologique ou de distension de l'intestin devait aplanir les difficultés et favoriser, par conséquent, l'opération.

Désormais, j'espère, l'opération de Callisen modifiée sera préférée à celle de Littre, parce qu'elle donne l'immense avantage de permettre d'ouvrir l'intestin, sans intéresser le péritoine.

Les Mémoires de Léveillé et de Dumas doivent être médités avec soin, ainsi que les rapports de Martin et d'Allan.

Les deux Mémoires de Fine sont les plus remarquables de cette collection; ils méritent une attention particulière. Tout ce que dit Fine est parfaitement bien établi sons le double rapport de l'histoire chronologique de l'opération d'anus artificiel et des chirurgiens qui l'ont pratiquée; il a le mieux étudié et approfondi la question; seulement il n'a pas bien jugé l'idée de Callisen. Tout, dans ces Mémoires, décèle un praticien habile, courageux et doué du jugement consciencieux qui caractérise le véritable chirurgien. Les Mémoires de Fine sont bien supérieurs à celui de Dumas. Il est juste de dire qu'ils ont été publiés assez longtemps après.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur l'histoire des procédés qui ont été imaginés pour établir un anus artificiel au ventre, examinons les faits en eux-mêmes et débarrassés de toute autre considération.

Les faits que j'ai rassemblés et qui sont consignés dans les documens qui précèdent sont déjà assez nombreux; sans doute il en existe un plus grand nombre, et je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé tous ceux qui sont disséminés dans nos ou-

vrages de chirurgie ; et en outre beaucoup d'autres n'ont pas été publiés.

Le tableau suivant des faits a été dressé par M. Le Vaillant, mon élève et mon aide, qui m'a beaucoup secondé dans ce travail d'expérimentation et de recherche. Ce tableau donne la facilité de trouver promptement tout ce qu'il importe de connaître relativement à chaque fait.

TABLEAU DES OPÉRATIONS D'ANUS ARTIFICIELS,

DATES des opérations.	NOMS des opérat.	OUVRAGES dans lesquels les faits ont été publiés.	SEXES.	AGES.	GENRE DE MALADIE.
1776.	PILLORE...	....	Homme..	....	Rétrécissement du rectum......
1783.	DUBOIS....	Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. III, p. 125.	....	3 jours....	Imperforation de l'anus........
20 oct. 1793.	DURET.....	Même ouvrage, t. IV, p. 45.......	Garçon..	2 jours....	Id....................
· avril 1794.	DESAULT...	Journal de chirurgie, t. IV, p. 248.	Id....	2 jours....	Id....................
12 oct. 1797.	FINE......	Annales de la Société de médecine de Montpellier, t. VI.	Femme..	63 ans.....	Squirrhosité de la partie supérieu du rectum.
1798.	VOISIN.....	....	Enfant..	....	Imperforation................
Oct. 1800.	DESGRANGES	Annales de la Société de médecine de Montpellier, t. VI.	Fille....	4 ans.....	Le rectum aboutissait au vagin.
30 mai 1802.	VOISIN.....	Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. XXI, p. 353.	Garçon..	10 jours...	Imperforation de l'anus.......
19 mai 1809.	DURET	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Id....	2 jours...	Id....................
1813.	LEGRIS	Thèse de Serrand. Montpellier, décembre 1814.	Enfant..	....	Id.................... (Le rectum s'ouvrait dans l'urètre
	UN CHIRUR. de Lyon.	Id......................	Id....	....	Imperforation................
	Id. de Brest.	Id......................	Fille....	....	Id....................
26 janv. 1813.	SERRAND...	Id......................	Id.....	60 heures..	Imperforation du rectum à u pouce et demi de l'anus.
1816.	FREER.....	London Med. phys. Journal, 1821.	Enfant..	....	Imperforation de l'anus........
18 mai 1816.	MIRIEL père	Thèse de Miriel fis. Paris, 3 avril 1835.	Fille....	2 jours...	Imperforation du rectum à 6 li de l'anus.
1820.	OUVRARD..	Id......................	Enfant..	....	Imperforation................
5 fév. 1818.	FREER.....	London med. phys. Journ., 1821.	Homme..	47 ans.....	Rétrécissement du rectum......
7 juil. 1820.	PRING.....	Id......................	Femme..	64 ans.....	Id....................
30 janv. 1822.	MIRIEL père	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Garçon..	84 heures..	Imperforation du rectum à 15 li de l'anus.
août 1823.	MIRIEL père	Id......................	Id.....	6 jours...	Imperforation de l'anus........
24 juil. 1824.	MARTLAND.	Edimburgh med. and surg. Journ. octob. 1825.	Homme..	44 ans.....	Rétrécissement du rectum......
janv. 1830.	BIZET.....	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Garçon..	....	Imperforation de l'anus........
	BIZET. ...	Id......................	Enfant...	100 heures.	Id....................
15 mars 1835.	KLEWIC...	Gaz. méd. de Berlin, du 29 avril 1835.	Garçon..	3 jours 1/2.	Id....................
2 juin 1839.	AMUSSAT..	....	Femme..	48 ans.....	Obstruction du rectum.........
14 juil. 1839.	AMUSSAT..	....	Homme..	62 ans.....	Id....................
sept. 1839.	VELPEAU...	Gaz. méd. de Paris. 5 oct. 1839..	Femme..	Agée......	Id....................
	ROUX......	....	Enfant..	....	Imperforation de l'anus........
1818.	DUPUYTREN	Leçons orales de clinique chirurgicale, t. 3..................	Id.....	....	Id....................

PRATIQUÉES SUR LES ENFANS ET SUR LES ADULTES.

MOYENS nployés avant l'opérat.	PROCÉDÉS pour l'anus artificiel.	RÉSULTATS des opérations.	AUTOPSIES.	OBSERVATIONS.
....	Incision dans la région iliaque droite, pour atteindre le cœcum..	Mort 28 jours après l'opération.	....	Ce fait n'a pas été publié; il a été mentionné seulement par Martin le jeune, par Serrand et par Fine.
....	Littre..............	Mort 10 jours après l'opération.		
cision profonde dans la direct. du rectum.	Id...............	Survécu.		
....	Id...............	Mort 4 jours après l'opération.	Communication du rectum avec la vessie.	
....	Région ombilicale....	Survécu 3 mois et demi.	Le colon transv. avait été ouvert. Foie vol.; squirrhe de la partie supér. du rectum.	
....	Littre..............	....	....	Ce fait n'a pas été publié.
....	....	Le 3 juin 1801 l'enfant se portait bien.	....	Ce fait n'a pas été publié. Il est seulement mentionné dans le mémoire de Fine.
....	Littre..............	Mort 4 jours après l'opération.	L'anus artific. avait été établi sur l'iléon; les gros intest. manq.	
cision profonde dans la direct. du rectum.	Id...............	Mort 4 ou 5 jours après l'opération.	L'extrémité imperforée du rectum était à un pouce de l'anus.	
....	Id...............	Mort 17 jours après l'opération.		
....	Id...............	....	....	Serrand ne donne aucun détail; il dit seulement que l'opération a réussi.
....	Id...............	....	....	Serrand dit que le chirurgien comprit l'ovaire dans l'anse de fil qu'il passa dans le mésentère.
....	Id...............	A l'âge de 22 mois l'enfant vivait encore et se portait bien.		
nction avec un trois-quart dans la direction du rectum.....	Id...............	Mort 3 semaines après l'opération.		
....	Id...............	Cet enfant vivait encore le 3 avril 1835.		
....	Id...............	....	....	On n'a aucun détail sur ce fait.
....	Id...............	Mort 8 jours après l'op.		
....	Id...............	Vivait encore 5 ou 6 mois après l'opérat.		
....	Id...............	Cet enfant vivait encore le 3 avril 1835.		
cision dans la direct. du rectum.	Id...............	A survécu 27 mois.....	Le rectum se terminait en cul de sac, à 2 pouces de l'anus.	
....	Id...............	Vivait encore un an après l'opération.		
ncision dans la direct. du rectum.	Id...............	Mort un mois après l'opération.	Le rectum manquait entièrement.	
....	Id...............	Mort le lendem. de l'op.		
ncis. et ponct. dans la direction du rectum.	Id...............	Survécu.............	....	M. le docteur Lauer a appris que l'enfant était mort en 1838.
....	Callisen modifié......	Id.		
....	Id...............	Id.		
....	Littre..............	Morte 2 jours après l'op.	Traces de péritonite.	
....	Id...............	Mort 2 heur. après l'op.		
....	Incision du cœcum dans le flanc droit, sans ouvrir le péritoine.	Id. id.	Une péritonite a été la cause de la mort.	

Comme on peut le voir d'après le tableau qui précède, nous comptons vingt-neuf faits d'opérations d'anus artificiels établis à la région abdominale. Du reste, le nombre exact est assez indifférent. Le point important maintenant, c'est de peser et de méditer les faits pour en tirer des déductions utiles, et afin de juger la question relativement au meilleur procédé.

Il importe d'abord de classer les faits qui ont de l'analogie. Sous ce rapport, on doit les diviser en deux grandes catégories.

1° Les faits qui sont relatifs aux enfans imperforés.

2° Ceux qui appartiennent aux adultes. Les premiers sont au nombre de vingt-neuf; pour les seconds, nous n'en comptons encore que huit.

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Les faits de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs aux enfans imperforés, sont les suivans :

Le 1er fait dans l'ordre des dates est de Dubois.	1783
Le 2e est de Duret	1793
Le 3e est de Desault.	1794
Le 4e est de Voisin.	1798
Le 5e est de Desgranges	1800
Le 6e est de Voisin	1802
Le 7e est de Duret	1807
Le 8e est de Legris.	1813
Le 9e est d'un chirurgien de Lyon.	
Le 10e est d'un chirurgien de Brest	
Le 11e est de M. Serrand.	1813
Le 12e est de Freer.	1818
Le 13e est de Miriel père.	1816

Le 14ᵉ est de M. Ouvrard. 1820
Le 15ᵉ est de Miriel père. 1822
Le 16ᵉ est encore de Miriel père 1823
Le 17ᵉ et le 18ᵉ sont de Bizet. 1830
Le 19ᵉ est de Klewig de Colberg. 1835
Le 20ᵉ est de M. Roux. . . . .
Le 21ᵉ est de Dupuytren . . . .

Le premier fait sur les enfans est d'Antoine Dubois. Il est rapporté fort brièvement par Allan.Voy. pag. 101. L'enfant n'a vécu que dix jours. On ne dit pas quel est l'intestin qui a été ouvert.

Le deuxième fait est celui de Duret c'est le premier qui ait été publié. Duret lui-même a donné l'observation détaillée de son opération. Voyez page 89. L'enfant qu'il a opéré avait une imperforation de l'anus et un vice de conformation des organes génitaux. Ayant examiné attentivement, on reconnut un hypospadias profond sur un enfant mâle. Après une consultation avec les chirurgiens et les médecins les plus distingués de la ville de Brest, Duret essaya sans succès de rétablir la voie par en bas. Malgré la faiblesse de l'enfant, deux jours après la naissance une nouvelle consultation eut lieu, et il fut décidé qu'on tenterait une autre opération. Le péritoine ayant été ouvert dans un essai du procédé de Callisen, qu'on fit sur un cadavre d'enfant, on pratiqua l'opération de Littre. Deux fils cirés furent passés dans le mésentère avant d'ouvrir l'S iliaque du colon. Le cinquième jour, les fils étant inutiles, ont été retirés. Le septième jour, l'enfant exécutait si bien ses fonctions, qu'on jugea qu'il n'avait plus besoin que des soins de propreté.

Lassus, dans son ouvrage de *Pathologie Chirurgicale*, 1806,

tome 2, page 500, dit, après avoir donné l'analyse du fait de Duret :

« Nous avons vu depuis peu cet enfant à Brest. Il avait onze » ou douze ans et portait au bas-ventre un anus contre na- » ture, avec renversement de la membrane interne du rectum. » La mort était inévitable, si l'on n'eût point fait l'opération » qui lui a sauvé la vie. »

Miriel fils, qui a fait une thèse sur l'anus artificiel, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1835, dit en parlant de l'enfant opéré par Duret : « Depuis qu'il fut remis à » ses parens, il a continuellement joui d'une bonne santé ; au » moment où j'écris (avril 1835), il n'est à charge à personne » et vit avec un anus contre nature avec renversement peu » considérable de la membrane interne du rectum. »

Le troisième fait appartient à Desault. L'observation détaillée a été donnée par Léveillé. Voyez page 91. L'enfant mâle opéré par Desault avait une imperforation sans aucun vestige d'anus ; rien ne pouvant indiquer la présence du rectum, quarante-huit heures après la naissance Desault se décida à établir un anus artificiel ; le procédé de Littre fut pratiqué. L'enfant est mort quatre jours après l'opération. A l'ouverture on découvrit du méconium dans la vessie; le rectum s'ouvrait par un très petit orifice dans le bas-fond du réservoir de l'urine, entre les uretères.

L'observation rapportée par Léveillé est fort incomplète; on ne dit pas la cause de la mort; sans doute elle doit être attribuée à une péritonite.

Le quatrième fait dans l'ordre des dates est de Voisin. Il n'a pas été publié ; seulement, on trouve dans la narration de son deuxième fait le passage suivant : « L'obser- » vation que j'ai communiquée il y a quatre ans, à la société

» et dont elle a chargé M. Giraud de lui rendre compte, » prouve, etc. » Malheureusement ce rapport n'a pas été publié.

Le cinquième fait est de Desgranges; nous n'avons sur cette opération intéressante que quelques renseignemens fournis par Fine. (V. p. 122 et 123.) Il s'agit d'une petite fille de quatre ans, dont le rectum aboutissait au vagin. L'anus artificiel, dit Desgranges, dans sa correspondance avec Fine, a été pratiqué au lieu d'*élection et de nécessité;* mais il ne dit pas où, de sorte qu'on ne sait pas si c'est en bas ou en haut; il est bien probable cependant que c'est au ventre et par le procédé de Littre. Fine n'en aurait pas parlé sans doute, si l'opération eût été pratiquée dans la région anale.

Le sixième fait est le deuxième de Voisin; l'observation détaillée a été publiée par lui-même. (V. p. 125.) L'enfant qu'il a opéré avait un vice de conformation des organes génitaux tel, qu'il ne fut pas possible de décider à quel sexe il appartenait; il rendait du méconium par une petite ouverture, qui était située à trois lignes au-dessus de la commissure des petites lèvres d'une espèce de vulve. Du septième au neuvième jour, cette ouverture se rétrécit et finit par s'oblitérer. Le dixième jour, l'enfant avait le ventre tendu, par suite de la rétention des matières fécales, et on pratiqua l'anus artificiel par la méthode de Littre. L'opération ne fut point suivie de succès; l'enfant mourut le quatrième jour après l'opération et le quatorzième jour après sa naissance. A l'autopsie, on reconnut que les gros intestins manquaient entièrement et que l'iléon se terminait à la petite ouverture de l'hypogastre, qui avait donné jusqu'au dixième jour de la naissance de l'enfant une issue imparfaite au méconium. L'anus artificiel avait été établi sur cet intestin à quatre pouces à peu

près de sa terminaison. Les anses intestinales furent trouvées, pour la plupart, adhérentes entre elles. Ainsi la cause de la mort a été une péritonite.

Ce fait est fort remarquable ; il mérite de fixer l'attention des opérateurs, car il est riche en conséquences pratiques.

Notons d'abord qu'il existait une ouverture naturelle par laquelle sortait difficilement le méconium. Cet orifice s'est rétréci et la rétention du méconium a déterminé le chirurgien à pratiquer l'opération de Littre; l'enfant est mort d'une péritonite, quatre jours après. L'ouverture du corps a démontré que le gros intestin manquait absolument, et que l'iléon se terminait à l'ouverture indiquée; on ne dit pas si c'était dans la vessie ou dans l'urètre.

Il est évident que dans ce cas l'indication était précise; il fallait dilater et agrandir l'ouverture établie par la nature. Tout prouve que dans des cas analogues il faudrait agir ainsi.

L'opération de Littre et celle de Callisen ne pouvaient être appliquées, puisque le gros intestin manquait; et dans le cas même où il n'y aurait pas d'ouverture anale, je préférerais, par toutes sortes de raisons, établir un anus artificiel dans la région coccygienne.

Le septième fait est le deuxième de Duret ; il a été publié par M. Miriel fils. (V. p. 130.) L'opération a eu lieu sur un enfant imperforé dont l'anus était remplacé par un petit tubercule. Le docteur Billand de Saint Marc près Brest avait déjà essayé inutilement, deux jours après la naissance, de rétablir la voie inférieure par une incision assez profonde. Le lendemain, Duret pratiqua l'opération de Littre, comme il l'avait déjà fait avec succès une première fois en 1793. L'enfant mourut quatre ou cinq jours après l'opération, sans qu'on pût en soupçonner la cause.

Le rectum se terminait en cul-de-sac à un pouce de la peau. On attribua la mort au défaut de nourriture; on dit que le lait de la nourrice n'était pas assez abondant. On n'indique pas dans quel état était le péritoine, et s'il contenait de la sérosité. Quelquefois, à cet âge, la péritonite mortelle n'a pas de caractères tranchés.

Le huitième fait est de Legris de Brest ; il a été publié par Serrand. (V. p. 132.) Le docteur Legris, chirurgien de la marine à Brest, a aussi pratiqué l'opération de Littre sur un enfant imperforé. La mort a eu lieu dix-sept jours après l'opération ; un étranglement de l'intestin grêle, près de l'angle supérieur de la plaie de l'anus artificiel, a donné lieu à une péritonite mortelle. Cette observation intéressante est trop brièvement racontée ; il est bien regrettable qu'on n'ait pas donné plus de renseignemens sur l'étranglement de l'intestin grêle.

Le neuvième fait est d'un chirurgien de Lyon. Serrand, qui ne fait que l'indiquer dans sa thèse, dit que l'opération a réussi ; peut-être est-ce le fait de Desgranges.

Le dixième fait est d'un chirurgien dé Brest ; il est indiqué aussi par Serrand; il constate que le chirurgien comprit l'ovaire dans l'anse de fil qu'il passa dans le mésocolon.

Le onzième fait est de M. Serrand lui-même ; il est rapporté fort en détail. (V. p. 132.) Le docteur Serrand, chirurgien de la marine à Brest, a pratiqué avec succès, comme Duret, l'opération de Littre, sur un enfant naissant du sexe féminin ; le rectum était imperforé à un pouce et demi de l'anus. L'opération fut faite soixante heures après la naissance. Les intestins grêles se présentèrent avec le colon, ce qui compliqua l'opération ; le même accident, dit Serrand, était arrivé au docteur Legris, dix-neuf jours auparavant. Après quelque indécision, un fil fut passé dans le mésentère avant d'ouvrir l'in-

testin. Trois jours après l'opération, deux hémorrhagies inquiétantes eurent lieu. Le quatorzième jour, le bout inférieur se renversa en dehors. Trois mois après l'opération, l'intestin se renversa davantage, et un mois plus tard, renversement plus grand encore, comme chez l'opéré de Duret. Vingt-deux mois après, en 1814, l'enfant était parfaitement bien. C'est le deuxième fait de succès complet, obtenu à Brest.

Le douzième fait est de Freer; il a été brièvement rapporté par Pring. (V. p. 136.) Après avoir inutilement essayé de rétablir la voie inférieure à l'aide du troisquart, Freer pratiqua l'opération de Littre ; l'enfant vécut trois semaines. On ne dit point si l'autopsie a été faite, ni quelle a pu être la cause de la mort.

Le treizième fait est de M. Miriel père ; il se trouve rapporté dans la thèse de M. Miriel fils. (V. p. 136.) L'opération de Littre fut pratiquée sur une petite fille qui avait une imperforation du rectum, à six lignes au-dessus de l'anus. Le succès a été complet ; la jeune fille avait dix-neuf ans, lorsque M. Miriel a soutenu sa thèse, et il termine cette observation en disant, que cette jeune fille a la fraîcheur et la force des personnes le mieux constituées. C'est le troisième fait de succès obtenu à Brest.

Le quatorzième fait est de M. Ouvrard d'Angers. Il est cité dans plusieurs ouvrages; mais on ne possède aucun renseignement sur cette opération.

Le quinzième fait est le deuxième de M. Miriel père. (V. p. 149.) Un garçon imperforé à quinze lignes de l'anus a été opéré en 1822, avec un succès complet, par Miriel père, quatre jours après la naissance, par le procédé de Littre perfectionné par Duret. L'opéré était bien portant à l'époque de la publication de l'observation en 1835, et il était alors âgé de

treize ans. C'est le deuxième opéré de Miriel qui a survécu et le quatrième succès obtenu à Brest.

LE SEIZIÈME FAIT EST LE TROISIÈME DE M. MIRIEL PÈRE. (V. p. 150.) Sur un garçon imperforé, M. Miriel père, après avoir inutilement tenté de rétablir la voie inférieure, par la ponction et l'incision, établit un anus artificiel dans la région iliaque gauche. L'enfant a vécu vingt-sept mois. On a attribué la mort à la dentition.

LE DIX-SEPTIÈME FAIT EST DE BIZET. (V. p. 157.) Après avoir essayé inutilement de rétablir la voie inférieure, par une incision profonde, sur un garçon imperforé, Bizet pratiqua l'opération de Littre. L'enfant mourut un mois après. On attribua la mort à une indigestion.

LE DIX-HUITIÈME FAIT EST AUSSI DE BIZET. (V. p. 158.)

Ce deuxième fait est encore raconté plus brièvement ; on dit : « Dans un cas analogue au précédent, l'opération de l'anus » artificiel fut faite cent heures après la naissance, et l'enfant » succomba le lendemain à une péritonite, causée plutôt par le » retard mis à opérer, que par les suites de l'opération. » Je ne suis pas de cet avis.

LE DIX-NEUVIÈME FAIT EST DE M. KLEWIG DE COLBERG. (V. p. 158.) L'enfant opéré par ce chirurgien avait une imperforation de l'anus. Après avoir inutilement cherché à rétablir la voie par en bas sur le rectum, à l'aide du bistouri et du trois-quart, M. Klewig se décida à pratiquer l'opération de Littre, par le procédé de Duret. Dès que le péritoine fut ouvert, une masse d'intestin grêle s'échappa par la plaie, et après avoir remédié à cet accident, l'opération fut terminée heureusement. On attacha l'intestin à la plaie des tégumens par trois points de suture, et l'opération réussit parfaitement. M. Laüer, qui m'a procuré ce fait, m'a assuré que l'enfant était mort trois

ans après l'opération. M. Klewig, dans les réflexions qu'il a ajoutées à son observation, dit que dans le cas qu'il a rapporté, le procédé de Callisen n'était pas applicable. A mon avis, rien ne justifie ce qu'il avance à ce sujet ; et les expériences que j'ai faites, sur des cadavres d'enfans, tendent à prouver le contraire, à moins qu'il n'y ait des anomalies anatomiques. Plus loin, il ajoute qu'on peut douter de la possibilité d'établir avec succès l'anus artificiel par en bas, dans la région anale, c'est-à-dire lorsqu'une plus ou moins grande partie du rectum manque. Sans doute la difficulté est plus grande qu'à l'abdomen ; mais je puis répondre à cette objection par un fait concluant que j'ai publié dans la *Gazette Médicale* du 28 novembre 1835, et dernièrement encore j'ai reçu des nouvelles très satisfaisantes de la petite fille que j'ai opérée et qui est âgée maintenant de quatre ans et demi.

M. Klewig termine ses réflexions sur son fait en indiquant un moyen ingénieux, mais qui me paraît fort chanceux. Il propose de rétablir la voie inférieure par le procédé de Martin, en se servant d'une espèce de compas d'épaisseur pour faire souder l'intestin au point où on veut établir le nouvel anus artificiel dans la région anale, afin de supprimer celui de l'abdomen.

En résumé, le fait de M. Klewig mérite une attention particulière. Il sort de la classe ordinaire des faits simplement racontés. Cette observation décèle un opérateur habile et très au courant d'une question fort peu approfondie par les praticiens.

Le vingtième fait est de M. Roux. (V. p. 161.) Quoique trop brièvement raconté, ce fait doit être compté, et d'ailleurs nous connaissons le procédé et le résultat. C'est l'opération de Littre qui a été pratiquée, et l'enfant est mort deux

heures après. Sans doute, on avait trop attendu pour opérer.

LE VINGT-ET-UNIÈME FAIT EST DE DUPUYTREN. (V. p. 162.) Il mérite d'être médité ; il n'a été publié qu'en 1839, et trop brièvement par les éditeurs des leçons de ce chirurgien. J'ai placé ce fait le dernier, parce que je n'en ai eu connaissance que lorsque l'édition a paru. On ne dit pas à quel sexe appartenait l'enfant, ni quel genre d'imperforation il avait; mais on dit que le flanc droit a été incisé, et que, le cœcum a été ouvert, *sans intéresser le péritoine.* On ajoute que l'enfant a succombé à une péritonite, sans dire combien de temps après l'opération.

Remarquons d'abord que cette assertion est en désaccord complet avec l'article de Dupuytren du dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques, écrit en 1829, comme on le voit, du reste, par le passage que j'en ai extrait et que j'ai cité page 3. Un fait aussi important aurait dû être mentionné autrement ; est-ce avec intention ou sans intention que le cœcum a été ouvert *sans intéresser le péritoine*? D'autre part, il est bon de noter que cette portion du gros intestin est la plus variable dans ses rapports avec le péritoine, et que le plus souvent elle a un méso-cœcum, parce qu'elle est entraînée dans l'abdomen par les intestins grêles. Remarquons enfin qu'on ne dit pas pourquoi Dupuytren *a choisi le cœcum pour établir un anus artificiel sur un enfant imperforé.* Observons, en outre, qu'il est fort difficile d'atteindre le cœcum par le flanc, parce qu'il est situé dans la fosse iliaque.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Considérés dans leur ensemble, et dans leurs rapports généraux, les faits de cette catégorie méritent d'être examinés relativement à l'âge, au sexe, au genre d'altération organique, aux opérations qui ont été pratiquées, à leurs suites et à la durée de la vie.

Sous le *rapport de l'âge*, les enfans opérés n'avaient que de deux à dix jours. Un seul avait quatre ans; mais le rectum s'ouvrait dans le vagin.

Pour le *sexe*, il n'est pas possible de l'indiquer pour tous, parce que très souvent on n'en fait pas mention. Sur vingt-un enfans, nous trouvons huit garçons, quatre filles, et neuf désignés seulement sous le nom d'enfans.

Relativement aux *altérations organiques*, apparentes au moment de l'opération, nous trouvons :

Seize imperforations simples et complètes de l'anus, trois imperforations du rectum, de six à dix-huit lignes de l'anus.

Une fois le rectum s'ouvrait dans le vagin. (V. p. 122 et 123.)

Une fois dans l'urètre. (V. p. 132.)

Sur six enfans *examinés après la mort*, sur deux le rectum se terminait à un et à deux pouces de l'anus. (V. p. 131 et 151.) Sur le troisième, on dit « que le rectum manquait entièrement, et que l'extrémité inférieure du canal intestinal » se terminait par un cordon fibreux qui allait s'attacher au » bas-fond de la vessie. Le plancher compris, entre l'intestin » et l'endroit où l'anus doit s'ouvrir naturellement, était d'un » tissu cellulaire dense et consistant. » Quoique cette obser-

vation soit fort incomplète, je crois qu'on aurait pu atteindre le rectum par en bas, puisqu'on pouvait ouvrir l'intestin sans blesser le péritoine. (V. p. 157.) Sur le quatrième, le rectum s'ouvrait dans le bas-fond de la vessie (V. p. 91); sur le cinquième, les gros *intestins* manquaient entièrement (V. p. 125); et sur le sixième, on n'a pas parlé de l'état dans lequel se trouvait le rectum. (V. p. 162.)

Relativement aux *opérations qui ont été tentées*, nous trouvons que : sur six enfans, on a essayé inutilement de rétablir la voie dans la région anale, avant de pratiquer l'opération de Littre. Il est vrai de dire qu'on s'est contenté de faire une opération insuffisante, avec le troisquart, ou le bistouri.

Maintenant, pour *l'établissement de l'anus artificiel* au ventre, remarquons que c'est presque toujours le procédé de Littre perfectionné par Duret qui a été suivi. Cependant Dupuytren a opéré à droite et il a ouvert le cœcum. Voisin a ouvert l'iléon; mais c'est uniquement parce que le colon n'existait pas.

Pour l'exécution de l'opération, beaucoup de faits manquent de détails. Cependant, nous trouvons que plusieurs fois les intestins grêles se sont présentés à la plaie et ont apporté beaucoup de gêne à l'opération. Ce fait est grave, surtout parce qu'il expose à la péritonite. Une fois, l'ovaire a été compris dans l'anse de fil que l'on passa dans le mésentère. Une fois, une assez forte hémorrhagie a eu lieu. (V. l'observation de Serrand, p. 132.)

Le renversement de l'intestin sur lequel on a établi l'anus artificiel est un accident assez commun. Il a été observé sur les opérés de Duret, de Serrand, de Pring, de Miriel père (1822 et 1823), de Martland et de Klewig. Du reste, cet accident n'a pas de gravité, et il n'est pas possible, je crois, de le prévenir.

La *mortalité* des enfans sur lesquels on a établi un anus artificiel au ventre est très grande. Sur les vingt-et-un enfans, quatre seulement ont survécu. Aurait-on mieux réussi par le procédé de Callisen modifié? je le crois; mais, comme je l'ai déjà dit, je persiste à penser qu'il est préférable encore d'essayer d'établir l'anus artificiel dans la région coccygienne, avant d'opérer dans la région lombaire.

En résumé, sur vingt-un enfans, opérés par le procédé de Littre :

Quatre seulement existent encore.

Un est mort trois ans après.

Un est mort vingt-sept mois après l'opération.

Un après un mois.

Un après trois semaines.

Un après dix-sept jours.

Un après dix jours.

Trois après quatre jours.

Un après douze heures.

Un après deux heures.

Un, on dit que l'opération n'a point été suivie de succès.

Sur cinq faits, on n'a point de renseignemens suffisans pour juger la durée de la vie.

Comme on le voit, sur douze enfans, six sont morts avant le cinquième jour, par conséquent la moitié, et il ne faut pas trop se fier à ces résultats statistiques; car, comme je l'ai déjà dit, d'après quelques données, je pense qu'on n'a guère publié que les faits qui présentaient des chances de succès après l'opération.

Sur douze morts, nous n'avons qu'un très petit nombre d'autopsies, six seulement, et encore elles manquent de détails. Les opérateurs se plaisent à justifier leurs opérations; c'est

presque toujours une cause étrangère qui a occasioné la mort. Ils n'insistent pas assez sur la couleur du péritoine et particulièrement sur le liquide contenu dans sa cavité ; comme je l'ai déjà dit, il ne faut qu'une très légère péritonite, caractérisée par un peu de rougeur et un peu de liquide dans la cavité péritonéale pour déterminer la mort à cet âge.

Un fait remarquable, c'est que pas un seul opérateur n'a indiqué un épanchement de bile ou de pus dans le péritoine.

En résumé, sur vingt-et-un enfans sur lesquels on a établi un anus artificiel au ventre, nous trouvons que quatre seulement vivent encore.

Le premier est de Duret ; il est âgé de quarante-sept ans.

Le deuxième est de M. Serrand ;il est âgé de vingt-sept ans.

Le troisième est de Miriel père; il est âgé de dix-huit ans.

Le quatrième est de Miriel père ; il est âgé de dix-sept ans.

Une circonstance mérite d'être notée, c'est que tous les faits de réussite ont eu lieu à Brest.

Remarquons d'abord que le premier fait heureux a été obtenu par un chirurgien de cette ville, et que c'est un grand encouragement pour les autres opérateurs. D'ailleurs, sur vingt-et-une opérations, nous en trouvons dix qui appartiennent aux chirurgiens de Brest.

Il nous reste à examiner maintenant les faits qui appartiennent aux adultes.

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

Pour les faits de cette catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs à des opérations d'anus artificiels établis sur des adultes, nous n'en trouvons que huit.

Le 1er de tous les faits d'anus artificiels établis sur les adultes et sur les enfans est de Pillore, de Rouen. . . . 1776
Le 2e est de Fine, de Genève. 1797
Le 3e est de Freer, de Birmingham. 1818
Le 4e est de Pring. 1820
Le 5e est de Martland, de Blackburn. 1824
Le 6e et le 7e m'appartiennent. 1839
Le 8e est de M. Velpeau. 1839

Ainsi, dans l'ordre des dates, le PREMIER FAIT d'anus artificiel établi sur l'adulte par la méthode de Littre, EST DE PILLORE, DE ROUEN. (V. p. 84.)

Nous n'avions sur ce fait qu'un simple renseignement fourni par Martin le jeune, chirurgien de Lyon. (V. p. 107.) Il constatait seulement que l'opération avait réussi et que c'était le cœcum qui avait été ouvert. Mais maintenant nous avons l'observation précieuse qui m'a été donnée par son fils, chirurgien à Rouen.

Le malade opéré par Pillore était un homme adulte; on ne dit pas l'âge; il avait une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum. La rétention des matières fécales n'ayant pu être vaincue par aucun moyen, même par le mercure en nature pris par la bouche à la dose de deux livres, on se détermina à établir un anus artificiel. L'opération fut pratiquée dans la région iliaque droite, et c'est le cœcum qui a été ouvert, et attaché à la peau par deux points de suture.

Pillore dit : « J'avais choisi le cœcum comme celui des intestins qui était le plus propre à remplir mes vues, tant par sa situation que parce qu'il fournissait un *réservoir*, et nous évitions par là l'écoulement continuel et involontaire des excrémens. » J'ai transcrit ce passage, parce qu'il me paraît fort remarquable.

Le malade est mort vingt-huit jours après l'opération. A l'ouverture du corps, on trouva une fusée purulente sous le cœcum, hors du péritoine. Le tissu cellulaire des reins était enflammé; les intestins étaient adhérens. La fin de l'S iliaque et le commencement du rectum étaient squirrheux dans l'étendue de huit à neuf pouces. On trouva le mercure dans une anse du jéjunum qui plongeait dans le bassin. Cette portion d'intestin était enflammée et présentait d'espace en espace des taches gangréneuses.

Remarquons que le mercure n'a pas été à sa destination. Comment se fait-il qu'il soit resté en chemin au milieu du tube digestif? peut-être en a-t-on donné une trop grande quantité à la fois, et alors le poids du métal a empêché le mouvement intestinal. Pourrait-on supposer que le mercure a été jusqu'à l'obstruction et qu'il est remonté par le mouvement anti-péristaltique ?Je ne le pense pas.

Quoi qu'il en soit, Pillore attribue la mort de son opéré au séjour prolongé du mercure dans l'intestin ; sans doute cette cause a pu y contribuer. Mais je crois que la fusée purulente qu'on a trouvée sous le cœcum et l'inflammation sous-péritonéale suffisent pour expliquer la mort.

Doit-on ranger cette opération dans les succès ou dans les insuccès? Il me semble qu'on doit regarder la mort comme une suite de l'opération, quoiqu'elle ait eu lieu vingt-huit jours après, parce que les accidens qui ont été funestes proviennent de la plaie.

La découverte de l'observation de Pillore a apporté un notable changement à mon mémoire; j'avais pensé que la première opération d'anus artificiel avait été faite sur un enfant, et tout me portait à le croire. On doit concevoir que j'avais construit sur cette base, ainsi que tous les auteurs qui en ont parlé.

D'après les documens, il est évident que la première idée de l'établissement de l'anus artificiel a été énoncée en 1710 par Littre, et que ce n'est qu'en 1776 que la première opération a été faite par Pillore, c'est-à-dire soixante-six ans après. L'idée-mère a été conçue par Littre, après l'examen du cadavre d'un enfant imperforé, et elle a été appliquée sur un adulte par Pillore. Il serait fort intéressant de savoir si ce chirurgien a été dirigé par les idées de Littre; probablement il avait connaissance de la note insérée dans les Mémoires de l'Académie des sciences, en 1710; mais il n'en fait pas mention.

Le DEUXIÈME FAIT d'anus artificiel sur l'adulte appartient à FINE. (V. p. 109.) La malade opérée par ce chirurgien était âgée de 63 ans; elle avait une affection squirrheuse de la partie supérieure du rectum, disposée absolument comme celle de M. T..., mon second opéré, c'est-à-dire que la tumeur représentait un col utérin cancéreux largement ouvert.

Les accidens qui ont nécessité l'opération sont tout-à-fait comparables à ceux de madame D....., ma première opérée, c'est-à-dire tympanite stercorale, etc.

Fine a établi l'anus artificiel au-dessous de l'ombilic, sur la ligne blanche, et c'est le colon transverse qui a été ouvert par hasard, au lieu de l'iléon sur lequel Fine avait l'intention d'établir l'anus artificiel, afin d'imiter ce que fait la nature dans le cas de hernie étranglée avec gangrène. Sans doute, la tympanite avait changé les rapports ordinaires des intestins, et les matières fécales avaient abaissé le colon transverse. Après l'opération, un soulagement immédiat a eu lieu; mais la malade a éprouvé beaucoup d'accidens; des hoquets, des vomissemens, etc., probablement parce que le péritoine avait été ouvert, puisque chez mes deux malades il n'y a point eu d'accidens analogues. La malade de Fine a été opérée le 12 oc-

tobre 1797, et elle est morte le 1er février 1798. Elle a vécu par conséquent plus de trois mois et demi.

La troisième opération d'anus artificiel sur l'adulte a été pratiquée par le docteur Freer. (V. p. 144.) Le malade opéré par ce chirurgien était âgé de 47 ans. Tout porte à croire qu'il existait une obstruction de la partie supérieure du rectum, ou de la fin de l'S iliaque. Les accidens qui ont déterminé l'opération étaient de la même nature que dans les cas précédens. Le ventre était tendu, gonflé et dur ; il y avait des vomissemens et du hoquet. L'opération de l'anus artificiel a été pratiquée par le procédé de Littre, le 5 ou le 6 février 1817.

Les intestins grêles ne se sont point présentés comme dans les cas précédens. L'opérateur redoutait beaucoup cet accident, parce qu'il l'avait observé plusieurs fois sur les animaux. Après la sortie des gaz et des matières fécales, le malade a éprouvé un soulagement immédiat. Dès les premiers jours, il a ressenti des douleurs dans les lombes, de la soif et du hoquet, et il est mort le 14 février, c'est-à-dire huit, neuf ou dix jours après l'opération ; sans doute d'une péritonite. Malgré les instances des médecins, on n'a pas permis de faire l'autopsie.

Le quatrième fait d'anus artificiel sur l'adulte appartient à Pring. (V. p. 137.) La malade opérée par ce chirurgien était âgée de soixante-quatre ans. Une obstruction de la partie supérieure du rectum, à quatre pouces, et une autre à sept pouces, furent constatées avec des bougies seulement ; le doigt ne put atteindre la maladie. Les accidens qui ont nécessité l'opération de l'anus artificiel étaient les mêmes que ceux qu'a éprouvés madame D...., ma première opérée ; le ventre était distendu et très sensible. L'anus artificiel a

été établi par le procédé de Littre; une masse considérable d'intestins grêles est sortie, et a été poussée au dehors du ventre, avant qu'on ait pu atteindre le colon. La suture de l'intestin et de la plaie a été faite. Pring dit qu'il n'a pu reconnaître l'obstruction, en introduisant le doigt dans l'anus artificiel; on le conçoit facilement, comme je l'ai démontré en commençant. L'opération a été suivie d'accidens graves qui ont fait désespérer plusieurs fois du succès. Un érysipèle gangréneux s'est emparé de la plaie ; la peau est tombée dans un grand espace, et l'érysipèle s'est étendu au tronc et même aux cuisses; il y eut de la fièvre et des vomissemens. Une rétention d'urine qui a eu lieu pendant le premier mois a nécessité le cathétérisme. Enfin la région du sacrum s'est ulcérée.

Trois mois après, quelques matières fécales ont passé par l'anus normal. A cette époque, la malade a éprouvé une attaque d'apoplexie, qui a déterminé une paralysie du bras. Ces accidens se sont dissipés au bout de quatre jours. La malade ne rendait qu'une ou deux selles dans les vingt-quatre heures, et la nouvelle voie n'était pas aussi incommode qu'on aurait pu s'y attendre. Lorsque la malade était debout, l'intestin formait un prolapsus assez fort. Pring attribue cette disposition à l'absence de peau autour de l'ouverture, déterminée par la gangrène.

Il a aussi observé sur sa malade que la boîte tenue par un bandage à ressort était moins commode qu'un simple bandage compressif. L'observation de cette malade se termine à cinq ou six mois de date de l'opération.

La cinquième opération d'anus artificiel sur l'adulte a été pratiquée par le docteur Martland. (V. p. 151.) Le malade traité par ce chirurgien était âgé de quarante-quatre ans lorsqu'il a été opéré en 1824; il avait une affection squirrheuse du rectum qui commençait vis-à-vis de la prostate. On trouvait une

espèce de museau de tanche, comme sur mon second opéré. Les accidens déterminés par la tympanite stercorale ont nécessité l'opération. Le ventre était dur et tendu, le malade était découragé.

Une nouvelle voie a été ouverte sur le colon par le procédé de Littre, le 24 juillet 1824. L'intestin n'a été ouvert qu'après avoir été attaché par deux points de suture; malgré cette précaution, l'épiploon a fait hernie par l'angle supérieur de la plaie et a beaucoup gêné l'opération. La sortie des gaz et des matières fécales a fait éprouver un soulagement immédiat. Dès le lendemain, les bords de la plaie sont devenus brunâtres, et bientôt la gangrène a été manifeste et a donné lieu à de larges escharres. Le 7 septembre, la plaie était cicatrisée. Le malade n'a pu supporter l'usage d'un brayer dont la pelote était formée par une boîte; une éponge, comprimée par un bandage de corps, a parfaitement remplacé le premier appareil.

Le 30 octobre, c'est-à-dire trois mois et six jours après l'opération, le malade rendit un morceau de *chair* par l'*anus inférieur* et l'ancienne voie se rétablit pour quelques jours. Mais bientôt le passage s'est obstrué de nouveau. Martland pense que la nature avait commencé un travail d'élimination de la maladie et qu'elle s'est arrêtée. Il dit que s'il survit à son malade, l'autopsie viendra éclairer son opinion. Ce récit est daté du 20 août 1825, c'est-à-dire plus d'une année après l'opération. Il est bien à regretter qu'on n'ait pas de nouveaux détails sur ce fait intéressant.

Sixième fait. (V. p. 34.) La première malade que j'ai opérée était âgée de quarante-huit ans; elle avait une obstruction de la partie supérieure du rectum qui nous a paru formée particulièrement par des tumeurs du bassin. Les accidens qui ont nécessité l'opération sont ceux de la tympanite stercorale la

plus avancée. L'opération a été pratiquée le 2 juin 1839, dans la région lombaire gauche, par le procédé de Callisen modifié, c'est-à-dire par une incision transversale; le colon, qui était fortement distendu, a été ouvert sans intéresser le péritoine. La malade a éprouvé un soulagement immédiat. Deux jours après, des accidens formidables se sont déclarés du côté opposé à l'opération, sur une hernie qui avait été réduite deux jours auparavant. Les symptômes inflammatoires ayant cédé à un traitement antiphlogistique énergique, l'anus artificiel s'est très-bien établi et il fait parfaitement ses fonctions, comme un anus normal. Un simple bandage contentif suffit. L'opération a déjà quatre mois de date.

Septième fait. (V. p. 52.) Le deuxième malade que j'ai opéré était âgé de 62 ans. Il avait une affection squirrheuse de la partie supérieure du rectum, en forme de col de matrice cancéreux largement excavé. La difficulté, ou mieux, l'impossibilité de détruire la maladie par l'anus, et les accidens causés par cette obstruction ont suggéré l'idée de l'opération. Elle a été pratiquée le 14 juillet 1839, par le même procédé que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en faisant une incision transversale dans la région lombaire gauche; le colon a été ouvert sans intéresser le péritoine, mais avec beaucoup de difficultés, parce que cet intestin était complètement resserré au lieu d'être distendu par des matières fécales, comme on l'avait pensé. Les suites de l'opération ont été nulles. L'anus artificiel s'est établi et il a favorisé les garderobes par les deux ouvertures, ce qui a beaucoup amélioré l'état du malade. L'opération a déjà près de trois mois de date.

Huitième fait. (V. p. 161.) Depuis mes deux opérations par le procédé de Callisen modifié, M. Velpeau a établi un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche, sur une femme âgée,

pour une affection squirrheuse du rectum. La malade est morte d'une péritonite deux jours après. L'ouverture de l'intestin a été pratiquée sur l'S iliaque du colon, à dix pouces du rétrécissement squirrheux du rectum.

M. Velpeau attribue la mort à une péritonite qui existait déjà, dit-il, avant l'opération ; mais chez la première malade que j'ai opérée, il y avait des symptômes au moins aussi formidables que sur l'opérée de M. Velpeau. Une péritonite herniaire s'est déclarée après l'opération.

Je pense qu'on peut dire que la différence des résultats tient essentiellement à ce que le péritoine n'a pas été ouvert chez ma malade, tandis qu'il l'a été sur celle de M. Velpeau.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE

En examinant les huit faits qui précèdent, comme nous l'avons déjà fait pour les enfans, sous le rapport de l'âge, du sexe, du genre de maladie, du procédé opératoire et de la durée de la vie après l'opération, nous trouvons, dans l'ordre chronologique :

Relativement au *sexe* et à l'*âge*,

Un homme adulte.

Une femme âgée de soixante-trois ans.

Un homme de quarante-sept ans.

Une femme de soixante-quatre ans.

Un homme de quarante-quatre ans.

Une femme de quarante-huit ans.

Un homme de soixante-deux ans.

Et une femme très âgée dont on ne dit pas exactement l'âge.

Par conséquent, quatre hommes et quatre femmes qui ont dépassé l'âge adulte.

Relativement *au genre de maladie* qui a nécessité l'établissement de l'anus artificiel, nous trouvons, par l'examen et l'autopsie, que :

Sur le malade de Pillore, une obstruction squirrheuse de la fin de l'S iliaque et du commencement du rectum, occupait huit ou neuf pouces d'étendue.

Sur la malade de Fine, c'était aussi une obstruction squirrheuse du rectum.

Pour la malade de Martland, le toucher a fait reconnaître une obstruction complète du rectum ; au niveau de la prostate.

Pour les malades de Pring et de Freer, on accuse une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum ; mais elle n'a pas été établie d'une manière incontestable.

Pour ma première malade, nous avons reconnu une obstruction du rectum, qui nous a paru formée par des tumeurs du bassin.

Pour ma seconde opération, nous avons constaté une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum.

Pour la malade de M. Velpeau, il a été reconnu, par l'autopsie, que c'était un rétrécissement squirrheux de la partie supérieure du rectum.

En résumé, sur les huit malades adultes auxquels on a établi un anus artificiel à l'abdomen, c'est une obstruction de la partie supérieure du rectum ou de la fin de l'S iliaque, qui a fait recourir à l'opération dans tous les cas, et on peut dire, avec assez d'assurance, que chez presque tous les malades l'affection était de nature squirrheuse.

Ainsi, sur huit opérations, pas une seule n'a été pra-

tiquée avec des chances de succès durables; aucune n'a eu lieu dans des cas de rétrécissemens simples, par exemple, comme celui de Talma et de quelques autres, dont j'ai eu connaissance.

Relativement au *procédé* qui a été suivi pour l'établissement de l'anus artificiel sur l'adulte, nous trouvons que :

Pillore a opéré dans la fosse iliaque droite, et il a ouvert le cœcum.

Freer, Pring et Martland, ont suivi exactement la méthode de Littre, perfectionnée par Duret.

Fine, seul, a opéré plus en dedans, sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic; il a ouvert le colon transverse au lieu du colon iliaque, et c'était l'iléon qu'il avait l'intention d'ouvrir.

Sur mes deux malades, j'ai opéré dans la région lombaire gauche; j'ai pratiqué le procédé de Callisen modifié.

Et M. Velpeau a opéré dans la fosse iliaque gauche; on ne sait pas au juste quel procédé il a suivi. J'ai cependant entendu dire que ce chirurgien n'avait pas exactement pratiqué l'opération de Littre, et qu'il avait décollé le péritoine de la fosse iliaque, comme pour faire la ligature de l'artère iliaque externe, par le procédé d'Abernethy, dans le but d'ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine; mais malheureusement cette membrane fut ouverte.

J'engage les praticiens à ne pas essayer un procédé aussi défectueux. M. Breschet avait déjà eu cette idée, comme on l'a vu page 39, et lors même qu'on parviendrait à éviter le péritoine, ce qui est possible, car je l'ai fait plusieurs fois sur le cadavre, il suffirait d'un simple examen pour se convaincre que le décollement du péritoine, avec une ouverture à

l'intestin, expose davantage à la péritonite, et que le moindre épanchement peut devenir funeste.

Relativement aux *difficultés de l'opération*, nous trouvons que plusieurs fois les intestins grêles se sont présentés à la plaie, et ont apporté beaucoup de gêne à l'opération. Une fois l'épiploon a produit le même effet.

Une fois, j'ai éprouvé beaucoup de difficulté à trouver le colon lombaire gauche, parce qu'il était rétréci, et qu'on m'avait détourné de faire une forte injection avant l'opération.

Considérées sous le rapport des *suites*, nous trouvons que la péritonite est l'accident le plus redoutable, puisqu'il est le plus souvent mortel.

Sur les enfans, par exemple, c'est presque toujours, à mon avis, la péritonite qui les fait succomber dans les premiers jours après l'opération.

L'opéré de Pillore est mort vingt-huit jours après l'opération, d'une péritonite chronique, je crois.

L'opérée de Freer est morte huit jours après l'opération, sans doute d'une péritonite; l'autopsie n'a pas été faite.

L'opérée de M. Velpeau est morte deux jours après l'opération, d'une péritonite.

Deux fois la gangrène a envahi les bords de la plaie, sur les malades de Pring et de Martland.

Relativement à la durée de la vie, nous trouvons que l'opérée de Martland a vécu plus d'une année.

L'opérée de Pring a vécu plus de six mois.

Ma première opérée a déjà vécu plus de trois mois et demi.

L'opérée de Fine n'a vécu que trois mois et vingt jours.

Mon second opéré a vécu près de trois mois.

L'opéré de Pillore n'a vécu que vingt-huit jours.

L'opéré de Freer n'a vécu que huit ou neuf jours.

Et l'opérée de M. Velpeau n'a vécu que deux jours.

En résumé, sur huit opérations d'anus artificiel, pratiquées au ventre, sur l'adulte, nous en trouvons six, dans lesquelles le péritoine a été ouvert, c'est-à-dire par la méthode de Littre, et deux dans lesquelles il ne l'a pas été, c'est-à-dire par le procédé de Callisen modifié; sur les six, trois sont morts des suites de l'opération, et sur les deux autres le succès a été complet. Sur les six premiers, dans l'ordre chronologique, c'est le troisième et le dernier qui sont morts, l'un après huit jours et l'autre après deux jours.

En comparant les deux procédés de Littre et de Callisen, sous le rapport des résultats statistiques, quoique peu nombreux, nous trouvons que l'avantage positif appartient au procédé qui permet de ménager le péritoine, et quoiqu'on n'ait pas encore un assez grand nombre de faits, il est évident qu'il n'est pas possible de soutenir maintenant qu'on peut également opérer des deux manières, pas plus qu'on ne pourrait soutenir qu'on peut également faire la taille et la lithotripsie, parce que l'une des opérations est beaucoup plus dangereuse que l'autre. Il en est de même des opérations de Littre et de Callisen.

En comparant les résultats obtenus sur les enfans et sur les adultes, nous trouvons que sur vingt-un enfans, dix opérations ont réussi, et sur les adultes cinq sur huit.

Comme on le voit d'après les chiffres, on a opéré beaucoup plus d'enfans que d'adultes : sans doute, parce qu'on risque moins, on ose davantage; car je pense que les indications sont aussi fréquentes et peut-être plus fréquentes sur l'adulte que sur les enfans imperforés.

Après avoir examiné les faits, j'ai maintenant quelques réflexions à faire sur l'article de M. Laugier, que j'ai cité, p. 162.

Il est évident que presque toutes les objections adressées par M. Laugier au procédé de Callisen modifié se trouvent réfutées par les idées développées dans mon mémoire; ainsi, par exemple, il dit *que je n'ai pas suffisamment détaillé les indications de l'opération*, etc. Mais il ne m'était pas possible d'établir dans deux observations ce que j'ai fait dans ce Mémoire. Quoique je n'aie pas la prétention d'avoir résolu toutes les questions qui se rattachent à mon sujet, je crois que l'on trouvera que la critique de M. Laugier était tout à fait prématurée.

Plus loin, il dit : *Qui donc a douté un instant que l'on pût arriver dans le colon descendant, sans intéresser le péritoine ?* Après avoir lu mon Mémoire et mes documens, il est facile de répondre à cette objection. Ce qui prouve d'abord que les chirurgiens ont douté de la possibilité de cette opération, c'est qu'aucun n'a osé la pratiquer sur le vivant. D'après les essais infructueux tentés par Callisen et Duret, tous les praticiens tels que Martin, Fine, Pring, Boyer, Sabatier, Dupuytren, M. Velpeau, et tous les auteurs modernes qui en ont fait mention, n'ont parlé de cette opération que pour la rejeter. Martin le jeune, comme on l'a vu page 107, porte un défi à l'anatomiste le plus habile de faire ce que Callisen a proposé. Fine en dit presque autant (voyez page 121), et l'opinion des autres est au fond la même. On voit donc qu'on a eu complètement tort de dire, *Qui donc a douté*, etc.

M. Laugier dit, en terminant le paragraphe précédent, que j'ai la prétention d'avoir *fait une découverte qui n'était point à faire*. Je n'ai jamais eu la prétention qu'il me prête, d'avoir eu la première idée du procédé de Callisen. Ce chirurgien lui-

même ne dit pas qu'elle lui appartient; il fait comprendre qu'elle lui est antérieure. (Voyez page 124.)

Comme on le voit, nulle part je n'ai donné l'occasion de me faire un pareil reproche, et je crois avoir avancé, avec raison, que c'était *faute d'examen et de méditation* si on n'avait pas reconnu plus tôt que l'opération était réellement *possible et praticable*. C'est ce que je crois avoir maintenant établi.

Dans le paragraphe suivant, M. Laugier dit que Boyer a pensé aussi que la distension de l'intestin rend l'opération de Callisen facile; mais cette remarque ne s'applique qu'à l'opération de Littre et non à celle de Callisen, puisqu'il rejette cette dernière opération comme trop difficile, d'après l'essai infructueux de Callisen lui-même, et il dit, en propres termes, que l'*ouverture du péritoine est presque inévitable*. Du reste, c'est l'opinion de Lassus, reproduite par Boyer, car ce paragraphe a été presque complètement copié, pour ce qui est relatif à l'idée de Littre.

M. Laugier ajoute, « Est-ce cela (l'effet de la distension) que » la réflexion avait appris d'avance à MM. Amussat, Breschet » et Récamier? Je n'en doute pas, car il suffit d'y songer un » instant pour acquérir la même conviction? »

Mais M. Laugier oublie que c'est très facile d'y songer un instant, après que le fait est démontré. C'était avant qu'il fallait y songer, et c'est tout à fait gratuitement que M. Laugier prête cette remarque à Boyer.

Enfin plus loin il dit que, d'après les succès que j'ai obtenus sur mes deux opérés, « *probablement la méthode de Callisen* » *sera préférée chez les adultes; et que, pour les enfans, s'il faut* » *choisir la plus facile, qui ne semble pas être à cet âge l'incision* » *de Callisen, celle de Littre sera sans doute encore choisie de* » *préférence.* »

Je puis au contraire affirmer, d'après des essais nombreux sur des cadavres d'enfans, qu'on peut aussi à cet âge atteindre le colon sans intéresser le péritoine. Par conséquent, je n'hésite pas à dire que si je ne pouvais pas rétablir la voie inférieure sur un enfant imperforé, j'établirais l'anus artificiel dans la région lombaire, par le même procédé que celui que j'ai suivi pour des adultes.

En résumé, comme on vient de le voir, M. Laugier a dépassé le but qu'il s'est proposé dans son Journal. Il avait à rendre compte de deux faits. Il ne pouvait exiger davantage que ce qui est contenu dans deux observations très brièvement racontées. Il s'est trop pressé de critiquer, il a anticipé, puisque, comme je l'ai dit en commençant, presque toutes ses objections se trouvent réfutées par la lecture de mon Mémoire.

Maintenant, après avoir analysé les documens qui forment la deuxième partie de ce Mémoire, nous croyons pouvoir établir les corollaires suivans :

1° L'idée d'établir un anus artificiel au ventre, lorsque le rectum est imperforé, appartient à Littre.

Pillore et Dubois ont les premiers exécuté l'opération ; mais il était réservé à Duret de tracer la marche à suivre ; aussi on doit dire, la méthode de Littre et le procédé de Duret.

2° L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans intéresser le péritoine, est antérieure à Callisen. Ce chirurgien et Duret avaient échoué en essayant cette opération sur des cadavres d'enfans, et tous les chirurgiens l'avaient rejetée. Je l'ai pratiquée cependant deux fois avec succès, sur une femme et sur un homme. L'incision transversale et la distension de l'intestin permettent de faire cette opération plus sûrement qu'on ne l'avait soupçonné, et dorénavant, j'espère, elle sera toujours préférée à celle de Littre.

D'après les documens, il est établi que Littre et Callisen ont les premiers proposé deux procédés différens pour l'établissement de l'anus artificiel à l'abdomen, sur les enfans imperforés.

De même, il est établi que Dumas et Fine ont les premiers conçu la possibilité de faire sur l'adulte ce qui n'avait été proposé d'abord que pour les enfans. Dumas a consigné l'idée dans son mémoire, et Fine a exécuté l'opération sur une femme, sans avoir connaissance de l'idée de Dumas.

Depuis que j'ai écrit ces lignes, j'ai découvert que Pillore avait conçu et exécuté l'opération sur l'adulte, avant Dumas et Fine.

3° Les faits que j'ai recueillis sur les enfans sont au nombre de vingt-et-un. Tous ont été opérés par la méthode de Littre; dix sont morts avant le huitième jour après l'opération; quatre vivent encore, et tous les autres ont succombé plus ou moins longtemps après l'opération.

Malgré les avantages du procédé de Callisen modifié, je persiste à dire qu'on ne doit établir l'anus artificiel à l'abdomen sur les enfans qu'après avoir échoué dans la région coccygienne.

4° Les faits sur l'adulte sont au nombre de huit; six ont été opérés par la méthode de Littre; trois sont morts des suites de l'opération; deux ont été opérés par le procédé de Callisen modifié, et l'opération a réussi sur tous les deux.

5° Les documens et les faits établissent incontestablement que la préférence doit être accordée au procédé de Callisen modifié.

6° D'après ce qui a été observé, il est important de faire une ouverture suffisante à l'intestin, de l'attirer fortement au dehors, pour l'attacher solidement à l'ouverture de la peau, parce qu'on

a observé *que l'anus artificiel a beaucoup de tendance à se resserrer et à se rétracter.*

7° Enfin, pour être prêt à pratiquer convenablement cette opération, les chirurgiens doivent craindre d'être surpris par une occasion pressante, et, comme je l'ai déjà dit, ils doivent se préparer, en répétant l'opération sur des cadavres d'adultes et d'enfans.

TABLE.

INTRODUCTION sur la possibilité d'ouvrir le colon lombaire sans pénétrer dans le péritoine.

PREMIÈRE PARTIE.

ÉTUDES D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET FAITS PARTICULIERS.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

CHAPITRE DEUXIÈME.

ESSAIS COMPARATIFS DES DIVERS PROCÉDÉS POUR ÉTABLIR L'ANUS ARTIFICIEL.

CHAPITRE TROISIÈME.

MALADIES QUI EXIGENT L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL.

CHAPITRE QUATRIÈME.

FAITS PARTICULIERS.

DEUXIÈME PARTIE.

DOCUMENS CLASSÉS DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE.

TROISIÈME PARTIE.

RÉFLEXIONS SUR LES DOCUMENS.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.



IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie,
rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, [illegible]



